Rok XLII. Kraków 18 Lipca 1903. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i z ich gałęzi*).

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Przed ośmiu laty miałem sposobność mówić w Towarzystwie lek. krak. o ciałach obcych w drogach oddechowych, oraz górnych drogach pokarmowych; przytem przedstawiłem ciekawsze okazy z pomiędzy ciał przezemnie wydobytych. Pomiędzy niemi znajdowało się pięć, które wydobyłem z oskrzeli. Od tego czasu liczba ciał obcych, które udało mi się usunąć z tchawicy, lub oskrzeli, wzrosła do 13, a ostatnie z nich wydobyłem bez tracheotomii, zapomocą podanej przez Killiana tracheoskopii górnej. To jest powodem, dlaczego dziś znowu z ciałami obcemi w drogach oddechowych, i to wpadłemi do dolnych ich rozgałęzień, występuję w Towarzystwie lek. Pragnę jednak nietylko przedstawić ich okazy, ale zarazem omówić rozwój metod, służących tak do stwierdzenia obecności ciała obcego w niższych drogach oddechowych, jak i do wydobycia go. Metody te polegają na badaniu zapomocą wzroku i na podejmowaniu potrzebnych zabiegów pod kontrolą oka; pierwszą z nich jest laryngoskopia. Jej zawdzięczamy w wielu razach możność stwierdzenia obecności, oraz wydobycia na drodze bezkrwawej ciał obcych, które utkwiły w sąsiedztwie krtani, lub też się wbiły w krtań od zewnątrz; rzadziej zdarza się wydobyć na tej drodze ciało obce z wnętrza krtani, lub z górnej części tchawicy, a przyczyna tego leży w tem, że ciało, które nie jest tak wielkie, by się mogło w krtani zatrzymać, ale zarazem i krtań zatkać, lub znacznie zwęzić, zazwyczaj spada przez całą krtań i tchawicę na dół i dostaje się do oskrzeli, a rzadko tylko wbija się w błonę śluzową krtani lub tchawicy, albo też zaklinuje się w krtani w ten sposób, że nie sprawia znaczniejszego zwężenia. W tych przypadkach nieraz już wyjęto ciało obce z wnętrza krtani; częściej jednak z powodu jej zatkania musiano przedtem wykonać tracheotomię, przy której czasem i ciało obce wydobyto, a czasem wydobyto je dopiero potem, bądź to na drodze laryngoskopijnej, bądź zapomocą laryngofisury. Potrzeba tych chirurgicznych zabiegów zachodzi przedewszystkiem u dzieci, u których już samo laryngoskopowanie natrafia na trudności, a tem trudniejszem jest wydobycie ciała obcego z krtani na drodze laryngoskopijnej, u których przytem mała krtań tem łatwiej przez ciało obce zatkaną być może. W mojej praktyce wydobyłem raz przy tracheotomii łupinkę orzecha włoskiego uwięzłą na wysokości chrząstki obrączkowej u dwuletniego dziecka, które podczas operacyi już zupełnie oddech utraciło tak, że dopiero sztucznem oddechaniem zdołałem je do życia przyprowadzić; raz wyjąłem zapomocą laryngofisury kość uwięzłą w głośni u pięcioletniego chłopca, który po zaszłym wypadku tak się dusił, że mu zaraz tracheotomię wykonać musiano; a raz wykonałem sam tracheotomię i laryngofisurę u jedenastomiesięcznego dziecka, które kawałek muru do krtani wciągnęło. W znacznej większości przypadków, t. j. tam, gdzie ciało obce dostało się do dolnych dróg oddechowych, laryngoskopia odmawia nam swoich usług, a nawet, jeżeli z jej pomocą uda się stwierdzić obecność ciała obcego ponad podziałem tchawicy, lub w wejściu do jednego z oskrzeli, to i tak nie dopomoże nam ona do jego wydobycia. Tutaj zachodzi potrzeba tracheotomii, aby uzyskać drogę, na której ciało obce wydobyćby można. Na tej też drodze próbowano nieraz tego wydobycia, czasem z dodatnim, a często z ujemnym wynikiem; brak kontroli wzroku dawał się tu często uczuć. Wpadłszy jeszcze w roku 1884 na pomysł badania tchawicy po tracheotomii przez proste rurki do niej wprowadzane, zastosowałem tę metodę tak do stwierdzania obecności ciała obcego, jak i do wydobywania go z tchawicy, lub oskrzeli. Mogłem więc działać pod kontrolą wzroku w tchawicy, w oskrzelu prawem, oraz w wejściu do oskrzela lewego; samo oskrzele lewe, równie jak i gałęzie obu oskrzeli, pozostały dla mego wzroku niedostępne i w nich już na ślepo tylko manipulować musiałem. Nie odstraszało mnie to jednak; nawykłem był już bowiem w ciężkich przypadkach dławca nieraz wprowadzać narzędzia do drugorzędnych oskrzeli w celu wydobywania z nich błon dławcowych. To też w pierwszym przypadku, jaki mi się wydarzył, wyciągnąłem po tracheotomii mojemi szczypczykami oskrzelowemi strzałkę z dolnej gałęzi prawego oskrzela, wchodząc do niego wprawdzie pod kontrolą wzroku, ale następnie działając w dolnej jego gałęzi już zupełnie na ślepo. Było to piątego dnia po wciągnięciu strzałki, w czasie, gdy już zapalenie płuc w dolnym prawym płacie rozwijać się poczęło. W innym przypadku wyjąłem u dziecka ośmiomiesięcznego kłos z prawego oskrzela w siedem tygodni po jego wpadnięciu. Działałem tu pod kontrolą wzroku, używając najmniejszego z moich lejków tchawiczych i najcieńszych szczypczyków oskrzelowych; nie widziałem samego kłosa, gdyż w całem prawem oskrzelu nagromadzoną była ropa, która go pokrywała; w niej też za kłos chwyciłem. To dziecko, u którego już całe prawe płuco było nacieknięte, zmarło w sześć dni po dokonanej operacyi z powodu świeżo powstałego zapalenia płuca lewego; przy sekcyi okazało się obok ropnego zapalenia błony śluzowej oskrzeli po stronie prawej rozdęcie znaczne trzeciorzędnej gałązki, odchodzącej od dolnej gałęzi oskrzelowej i znacznie powiększony gruczoł oskrzelowy przy

*) Podług wykładu w Towarzystwie lek. 17/6 1903.

jej odejściu. Jest to jedyny z moich przypadków ciał obcych w oskrzelach, który się zakończył zejściem śmiertelnem, który jednakże zbyt późno, bo blizko w dwa miesiące po zaszłym wypadku, dostałem w leczenie. Niedługo potem miałem sposobność wyjąć sześcioletniej dziewczynce ziarnko fasoli z prawego oskrzela na trzeci dzień po jego inspiracyi w czasie, gdy się wytworzyło zapalenie dolnego płatu płuca prawego. Tu widziałem przez mój lejek dokładnie ciało obce i uchwyciłem je pod kontrolą wzroku. W ostatnich czasach przyszła do mnie kobieta, która przed tygodniem dała sobie wyrwać ząb, a gdy ten wypadł z kleszczy, wciągnęła go oddechem. Stwierdziłem zatkanie dolnej gałęzi oskrzela prawego, a w płucu zapalenie części dolnego płatu. Wprowadziwszy po tracheotomii przez lejek tchawiczy szczypczyki oskrzelowe pod kontrolą wzroku do dolnej gałęzi oskrzela prawego, uczułem, żem uchwycił za ciało twarde, które jednak przy wyciąganiu wkrótce mi się wyśliznęło. Za chwilę mogłem jednak ujrzeć w głębi oskrzela prawego, które przedtem zupełnie było wolne, korzenie zęba powleczone ropą. Uchwyciłem też za nie szczypczykami i wyciągnąłem ząb z łatwością. We wszystkich tych przypadkach trzeba było do wyjęcia ciała obcego wykonać tracheotomię; mogłem jednak śmiało na nią się zdecydować, ponieważ na podstawie wywiadów i badania płuc obecność ciała obcego i miejsce jego utkwienia nie ulegało wątpliwości. Niezawsze jednak tak się wydarzy; nieraz u dzieci możemy nie mieć żadnych dat anamnestycznych, a w moim przypadku ośmiomiesięcznego dziecka nie byłoby ich także, gdyby w chwili inspiracyi kłosa nie była matka przy dziecku obecną. W innych przypadkach, a zwłaszcza u dzieci, lub osób bardzo nerwowych, wywiady mogą nawet w błąd wprowadzić, a ztąd nie można na nich samych polegać, jeżeli objawy przysłuchowe nie potwierdzają dat anamnestycznych. Nie zawsze jednak obecność ciała obcego w oskrzelach zdradza się odpowiedniemi przypadami, a jako przykład przytoczyć mogę przypadek następny. Chora skarżyła mi się, że przed kilku dniami inspirowała kawałek kości i od tego czasu doznaje napadów uporczywego kaszlu. Przy badaniu laryngoskopijnem znalazłem krtań i tchawicę zupełnie wolne, a objawów przysłuchowych wskazujących na ciało obce nie było żadnych, a jednak dnia następnego w napadzie kaszlu chora wykrztusiła kość wyżej 3 ctm. długą, a przeszło 1 ctm. szeroką. Prócz wyżej podanych przypadków zdarzyło mi się osiem razy wyjmować ciała obce z dolnych dróg oddechowych u takich osób, które już dawniej miały zrobioną tracheotomię, u których zatem przetoka tchawicza stanowiła wrota, przez które ciało obce łatwiej niż przez krtań do oskrzeli dostać się mogło. W czterech przypadkach była to kaniula tchawicza, która się odśrubowała lub oderwała od swej płytki i wsunęła w dolne drogi oddechowe. W pierwszym z nich kaniula okienkowa z twardego kauczuku utkwiła w prawem oskrzelu tak, że szczyt jej opierał się o prawą ścianę tchawicy. Obecność kaniuli i jej położenie stwierdziłem zapomocą mojej tracheoskopii; wydobycie jej jednak podjąłem już na ślepo, gdyż chory po wsunięciu lejka tchawiczego pomimo chloroformu zaraz dostawał silnego kaszlu To też wydobycie jej na razie przy kilkakrotnych próbach nie udało mi się, aż dopiero po zakokainowaniu tchawicy i wprowadzeniu do niej lejka założyłem pod kontrolą wzroku odpowiednio długi haczyk tępy na brzeg okienka i kaniulę wydobyłem. Przypadek ten dowodził naocznie, o ile odpowiedniejszem było wydobywanie kaniuli pod kontrolą wzroku niż na ślepo. W drugim przypadku metalowa kaniula dostała się do oskrzela lewego; mogłem to stwierdzić zapomocą tracheoskopii, a zarazem przekonać się, że jej otwór znajduje się w wylocie oskrzela. Stwierdziwszy to, wprowadziłem szczypczyki oskrzelowe już na ślepo i uchwyciłem niemi za brzeg kaniuli, którą też z łatwością wyciągnąłem. W obu powyższych przypadkach obecność kaniuli w oskrzelach nie zdradzała się żadnymi przypadami przysłuchowymi tak, że jedynie zapomocą tracheoskopii stwierdzić ją było można; w pierwszym z nich przebywała kaniula siedem tygodni w oskrzelu bez żadnych dolegliwości i następstw dla chorego. W trzecim przypadku oderwała się duża kaniula metalowa od płyty i wsunęła w głąb tchawicy. Przybywszy zaraz po tem wydarzeniu, próbowałem ją wydobyć odrazu, napotkałem jednak na znaczne trudności z powodu wielkich rozmiarów kaniuli. Musiałem chorego zachloroformować, przyczem powstał kaszel, przy którym oddech nagle został zupełnie zaparty. Wtedy zepchnąłem szybko kaniulę w dół tak, że się do prawego oskrzela dostała, poczem oddech zaraz stał się lekki. Dokończywszy następnie chloroformowania, rozszerzyłem przetokę tchawiczą i pod kontrolą wzroku wyciągnąłem już kaniulę z łatwością. Pierwszy z tych trzech chorych, u którego wydobyłem kaniulę z prawego oskrzela, używał ciągle dalej kaniuli, choć już bez potrzeby, gdyż krtań jego nie była więcej zwężoną. Po zepsuciu się kaniuli starej, założył sobie małą dziecięcą, która się zaraz odśrubowała i wpadła do dróg oddechowych. Zdarzyło się to w pięć lat po pierwszem wydarzeniu. Osłuchiwanie wskazywało, że kaniula utkwiła w dolnej gałęzi oskrzela prawego; przystąpiłem więc do jej wydobycia w uśpieniu i na ślepo. Czułem, żem chwycił szczypczykami ciało twarde, które jednak przy wyciąganiu wymknęło się ze szczypczyków, a następnie już go więcej wyczuć nie mogłem. Sądząc, że może kaniula głębiej jeszcze się wsunęła, a przeto dla jej wydobycia szczypczyki moje są za krótkie (23 ctm.), zwłaszcza, że chory był bardzo wysokiego wzrostu, postanowiłem zamówić dłuższe i podjąć potem na nowo próby wydobycia jej. Tymczasem, skoro chory wstał ze stołu, odchrząknął zaraz kaniulę, która oczywiście wyciągnięta aż do tchawicy, przy kaszlu dostała się dalej, tj. przeszła głośnię i wpadła przy zwieszonej w tył głowie do gardła, lub może do jamy nosowo-gardłowej, zkąd ją chory, powstawszy ze stołu, wykrztusił. W czterech innych przypadkach wyjąłem ciała obce, które chorzy z przetoką tchawiczą sami sobie do tchawicy wprowadzili. W pierwszym przypadku był to kawałek korka, którym chora przetokę tchawiczą zamiast kaniuli zatykała; oderwał się on i wpadł do oskrzela prawego. Przy tracheoskopii widziałem tylko masę śluzu tworzącego kulę sterczącą na spodzie oskrzela; domyślając się, że w nim się korek znajduje, uchwyciłem zań szczypczykami w pozycyi siedzącej. W drugim przypadku wyjąłem z oskrzela prawego szpilkę podwójną, którą chora sobie zaschły śluz z tchawicy wygarniała i która jej przed kilku laty do oskrzela wpadła. Przez mój lejek tchawiczy widziałem jedną odnogę szpilki, jako czarną nitkę na dolnej ścianie oskrzela; za nią też szczypczykami uchwyciłem pod kontrolą wzroku. W trzecim przypadku był to kawałek pióra, którego chora do podobnegoż celu używała, a który, odłamawszy się, pozostał

w tchawicy. Widziałem go dokładnie przy tracheoskopii i wyjąłem z łatwością pod kontrolą wzroku. Toż samo dotyczy czwartego przypadku, w którym wyjąłem patyk długości 13 ctm., którego szczyt sterczał w tchawicy, spód zaś musiał się już znajdować w dolnej gałęzi oskrzela prawego. We wszystkich czterech tych przypadkach ciało obce nie dawało żadnych objawów przysłuchowych tak, że obecność jego w drogach oddechowych jedynie zapomocą tracheoskopii stwierdzić mogłem; we wszystkich też wydobycie odbyło się z łatwością pod kontrolą wzroku, gdy bez niej byłoby, co najmniej bardzo trudne, jeżeli zgoła możebne.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chirurgicznego Radcy Dworu Profesora Dra Mosetiga Moorhofa w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu.

O jodoformowej plombie kostnej Mosetiga.

Podał
Dr. Otton Loewy,
aspirant oddziału.

Pracując w oddziele Radcy Dworu profesora Mosetiga, zapoznałem się z jego sposobem leczenia cierpień kostnych, wywołujących nadżarcia i ubytek istoty kostnej, do których zaliczam próchnicę, obumarcie i przewlekłe zapalenie szpiku kostnego; sposób ten daje tak świetne wyniki,



Fig. 1. 2. tyg. po operacyi.

że uważałem za rzecz pożyteczną opisać takowy, dotychczas znany tylko chirurgom zawodowym.

Dzięki też niezwykłej uprzejmości mego szefa, profesora Mosetiga, jestem w możności podać treść jego pracy ogłoszonej w „Centralblatt für Chirurgie" z dnia 18 kwietnia 1903 r., jakoteż opisać jego metodę i przytoczyć nieco bliższe szczegóły, dotyczące samego zabiegu operacyjnego.

Sposób Mosetiga polega na wypełnieniu pozostałej po dokładnem usunięciu części schorzałych jamy kostnej *plombą*, składającą się *z 60 gramów jodoformu, 40 gramów olbrotu (spermacetu) i 40 gramów oleju sesamowego.* Plomba



Fig. 2. 12. typ. po operacyi.

ta czyni zadość wszystkim warunkom, jakich wymagamy od masy, zastępującej — chociażby tylko czasowo — zdrową istotę kostną, a mianowicie: 1) aby wszystkie zaułki i otworki w jamie kostnej dokładnie wypełniała; 2) aby mogła uledz wessaniu, a przytem wspierała odtworzenie zdrowej kości; 3) aby nie była trującą i 4) aby działała antyseptycznie. Warunków tych nie posiadały liczne dotychczas zalecane plomby. Dawno już bowiem chirurgowie starali się wypełnić jamę kostną, pozostałą po wydaleniu części schorzałych, jakąś substancyą organiczną lub nieorganiczną, któraby ulegała wessaniu, ustępując stopniowo miejsca świeżo wytworzonej istocie kostnej. I tak Senn używał do wypełnienia jam kawałków kości goleniowej wołu, które odwapniał, następnie wkładał do mięszanki alkoholowo-sublimatowej i potem mięszał z jodoformem; Billroth wypełniał jamę mięszanką jodoformowo-glicerynową i ranę zaszywał; Neuber próbował wypełniać jamę kawałkami tłuszczu, jednak bez skutku. Z właściwemi plombami pierwszy robił doświadczenia Dreesmann, który używał do plombowania *gipsu*, zmięszanego z 5% kwasem karbolowym; Mayer używał glinu (aluminium) i amalgamu miedziowego; wszystkie te jednak sposoby nie osiągały zamierzonego celu i nie utrzymały się. Jak się zdaje, posiadamy nareszcie w plombie, poleconej przez Mosetiga, tę pożądaną masę, nadającą się pod każdym względem do wypełnienia ubytków kostnych.

W pracy swojej wspomina Mosetig na wstępie o ważności plomby kostnej, a następnie zwraca uwagę, że pierwszym warunkiem techniki operacyjnej przy wytwarzaniu

jam, nadających się do plombowania, jest bezwzględna ich jałowość. Jałowość tę tylko w ten sposób można uzyskać, jeżeli się ściany jamy wytwarza aseptycznie, tj. jeżeli się wszystkie ścianki jamy, będącej siedzibą choroby i nawet

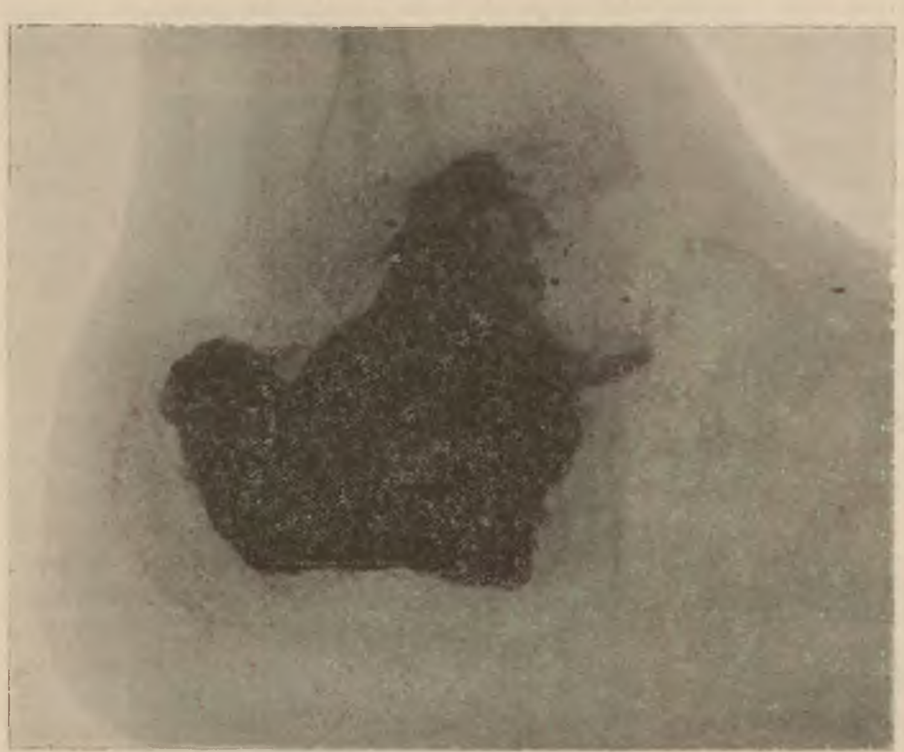


Fig. 3. $3^1/_2$ tygod. po operacyi.

sąsiednią kość zgrubiałą dokładnie usuwa i odsłania świeżą zdrową istotę kostną. Dostęp do kości schorzałej musi być szeroki; dlatego najlepiej jest prowadzić wielkie cięcie płatowe, części miękkie w kształcie płata odwinąć, jednak tak, by ich połączenie z okostną zostało utrzymane. Kształt jamy kostnej może być dowolny; głównym warunkiem jest ścisłe usunięcie części chorych, wskutek czego nieraz tyle istoty kostnej trzeba oddalić, że tylko warstwa substancyi korowej utrzymuje ciągłość kości. Przygotowawszy w ten sposób jamę, do czego nieodzownem jest operowanie bezkrwawe sposobem Esmarcha, przepłókuje się ją dla pewności 1% roztworem formaliny, albo gdy kilka kropel krwi się pokaże — 3%, lub 20% nadtlenkiem wodoru. Wytartą jamę trzeba teraz dokładnie osuszyć tak, jak osusza dentysta zębodół przed plombowaniem zęba. Autor używa w tym celu gorącego powietrza. Przy osuszaniu jamy trzeba być bardzo ścisłym, gdyż od tego zależy dobre przystosowanie się plomby, która ma stanowić hermetyczne zamknięcie kości. Do przygotowanej w ten sposób jamy nalewa się teraz powoli plombę, tężejącą na powietrzu w kilka minut, po same brzegi jamy. Przy wlewaniu plomby należy uważać, by się bańki powietrza do jamy nie dostały, czego przez powolne nalewanie uniknąć można. Po stężeniu plomby i po poprzedniem podwiązaniu krwawiących naczyń zaszywa się odpreparowane części miękkie. Jeżeli przed operacyą istniały przetoki, to służą one teraz do odpływu nieznacznej wydzieliny z części miękkich; gdy przetok nie było, wkłada się między brzegi rany skórnej pasek papieru gumowego. Plombowana jama kostna nie krwawi i niczego nie wydziela. Na ranę operacyjną zakłada się opatrunek aseptyczny, przyczem nie należy ściągać opaski za silnie.

Po założeniu opatrunku zdejmuje się dopiero opaskę Esmarcha. Jeżeli chodzi o unieruchomienie stawów, to zakłada się szynę. W dalszym ciągu swej pracy zaznacza Mosetig, że używa plomby swojej także w próchnicy stawów, przyczem nadmienia, że jest przeciwny zachowawczemu leczeniu grzyba stawów i radzi dokładne operacyjne usunięcie części, dotkniętych zmianami chorobowemi. Autor operuje także grzyba stawów u dzieci, przyczem wycina całą torebkę stawową i ogniska chorobowe w częściach miękkich, a od dala chrząstkę stawową z bardzo cienką warstwą kostną. Jeżeli na powierzchni kości przepiłowanej jeszcze się znajdują ogniska chorobowe, wyskrobuje je zapomocą dłutka i ubytki wypełnia plombą. Wyniki są bardzo dobre, rośnięcie kości na tem nie cierpi, gdyż chrząstka nasadowa nie zostaje naruszona. Przy wycięciach stawowych po wydaleniu torebki zawsze jest krwotok silniejszy, więc i tamowanie musi być dokładniejsze. Po stężeniu plomby wypełniającej główną jamę, a czasem i poboczne, przykrywa się ją podwójnie złożonym papierem gutaperkowym i wyjałowioną gazą, odejmuje opaskę elastyczną i podwiązuje krwawiące naczynia. Następnie zdejmuje się papier i gazę z plomb, przystosowuje powierzchnie kostne, zakłada szew i kilka krótkich sączków, a na to opatrunek ustalający i szynę.

Przy wycięciu stawu skokowego, nadgarstkowego i biodrowego wypełnia się także plombą ubytek, spowodowany wypiłowaniem kości, zbliżywszy przedtem do siebie, o ile się da, powierzchnie stawowe. Wydzielina z rany operacyjnej po plombowaniu jest bardzo nieznaczna, tak, że pierwszy

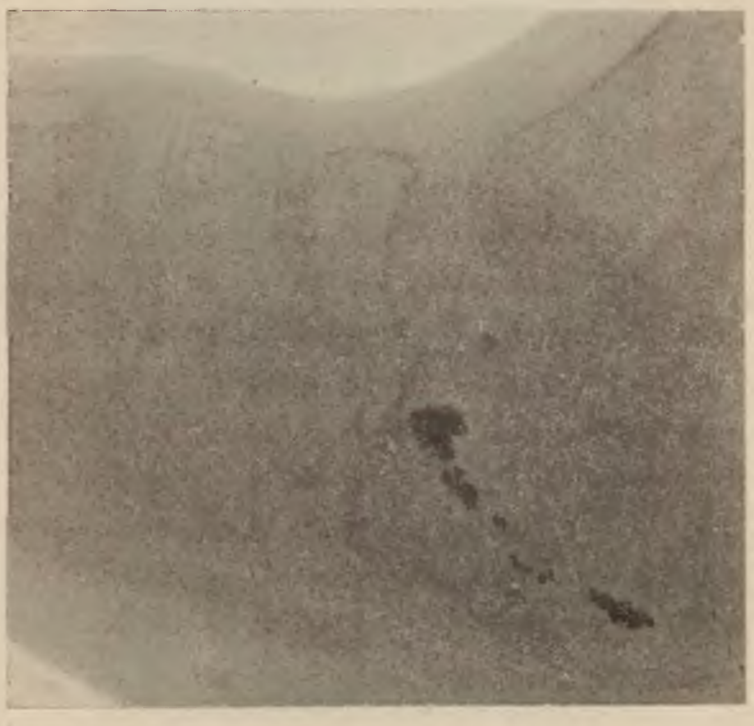


Fig. 4. 18. tyg. po operacyi.

opatrunek zmienia się po 10—14 dniach, usuwając zarazem szwy skórne. Części miękkie goją się najczęściej przez rychłozrost, tylko w przypadkach, w których były znaczniejsze ubytki części miękkich, gojenie trwa czas dłuższy, przyczem nieraz odpadają cząstki z otwartej powierzchni plomby.

Nasuwa się teraz pytanie, jaki jest dalszy los plomby, umieszczonej w głębi kości? Otóż zostaje ona przez bujające ziarniny stopniowo wessaną, a na jej miejsce tworzy się nowa istota kostna. Jodoformowa plomba kostna jest zatem tylko czasową i wypełnia próżnię w kości, póki nowa kość się nie wytworzy. Wessanie plomby odbywa się naturalnie powoli, a zachowanie się jej można zawsze kontrolować zapomocą promieni Röntgena.

W końcu swego artykułu oświadcza Mosetig, że powolne wessanie plomby wyklucza możliwość zatrucia, używał bowiem 100—150 gramowej plomby, a nigdy nie zauważył szkodliwych następstw.

Mosetig przy operacyach używa elektryczności: różnej wielkości piłki okrężne i gładziki porusza wielki motor elektryczny. Także suszenie jamy kostnej odbywa się przy pomocy elektryczności w ten sposób, że przez rurkę metalową, zawierającą drut platynowy, rozżarzony elektrycznością do białości, przetłacza się zimne powietrze. Wszystkie te przyrządy, jakoteż naczynie do przechowywania plomby, które niżej opiszę, podał sekundaryusz oddziału Dr. Silbermark, który też je bliżej opisał w „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ z roku 1902. Jednak zaraz zaznaczyć muszę, że do osiągnięcia pomyślnych wyników nie istnieje potrzeba konieczna tych wielkich przyrządów elektrycznych, na które z powodu wielkiego nakładu kosztów tylko klinika lub wielki oddział chirurgiczny zdobyć się może.

Podane przez Silbermarka przyrządy mają wiele zalet i ułatwiają operatorowi, jak się przekonałem, znacznie pracę, skracając w ten sposób czas trwania nieraz bardzo żmudnych zabiegów i wykluczając przez to następstwa długotrwałego uśpienia. Nie przychodzi także przy użyciu tych przyrządów nigdy do nadłamań kości, co przy nieostrożnem użyciu dłutka i młotka wydarzyć się może. Mimoto jednak można przy umiejętnem i właściwem użyciu dłutka, młotka, ostrej łyżki i naczynia do przechowywania plomby uzyskać tesame świetne wyniki lecznicze.

Plomba sama jest płynem żółtym, gęstawym, tężejącym na powietrzu na twardą masę w ciągu kilku minut; przygotowuje się ją i wyjaławia w ten sposób, że się wszystkie trzy składniki miesza w jałowem naczyniu i potem ogrzewa w łaźni wodnej do 80^0 i w tej ciepłocie przez 15 minut pozostawia. Następnie wyjmuje się ją jako płynną masę i wstrząsa tak długo, póki nie stężeje. Do przechowywania plomby służy naczynie Silbermarka, składające się z dwóch cylindrów szklanych, zamkniętych podwójnym korkiem. Wewnętrzny walec ma 20 ctm. długości i 3 ctm. szerokości; zewnętrzny 18 ctm. długości, a 5 ctm. szerokości. Między obydwoma walcami umieszczona jest warstwa waty. Po zdjęciu korka wyjaławia się całe naczynie na sucho, do wewnętrznego walca wlewa plombę i nasadza jałowy korek, przyczem nie zanieczyszcza się walca wewnętrznego. Na godzinę przed operacyą wkłada się całe naczynie do łaźni wodnej o 60^0, w której masa się wkrótce rozpływa.

Wyniki lecznicze są doskonałe: od października r. 1899 do 1-go kwietnia 1903 zastósował Mosetig swą plombę w 121 przypadkach, z których wszystkie zakończyły się wygojeniem.

Z umieszczonych obok reprodukcyi fotografii Röntgenowskich, użyczonych mi łaskawie przez mego Szefa, przedstawia *Fig. 1.* plombę kości goleniowej w dwa tygodnie po operacyi; *Fig. 2.* tęsamą plombę w 12 tygodni po operacyi; *Fig. 3.* plombę w kości piętowej w 3$^1/_2$ tygodni po operacyi; *Fig. 4.* tęsamą plombę w 18 tygodni po operacyi. Zdjęcia te rysują nam dobitnie stopniowe wsysanie się plomby i odtworzenie kości zdrowej.

Przekonawszy się dostatecznie o skuteczności tego nowego zachowawczo-chirurgicznego sposobu leczenia cierpień kostnych, stanowiącego niemałą zdobycz nowoczesnej chirurgii, mogę go polecić uwadze lekarzy do najszerszego zastósowania.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć me najgłębsze podziękowanie Czcigodnemu memu Szefowi, Radcy Dworu profesorowi Mosetigowi za łaskawe pozwolenie ogłoszenia swego sposobu, jakoteż za odstąpienie potrzebnego materyału, oraz Drowi Silbermarkowi za łaskawie mi udzielone wskazówki.

III. **Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.**

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał

Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc obecnie do biologicznych środków rozpoznawczych, chciałbym poświęcić nieco czasu próbie Widala, jako najbardziej rozpowszechnionej i najprzystępniejszej. Pomijając technikę tej próby, jako ogólnie znaną, przedstawię tylko znaczenie jej rozpoznawcze według obecnego stanu naszych wiadomości. Kiedy Widal dnia 26 czerwca 1896 r. obwieścił światu swą metodę, sądził, że metoda ta pozwoli, podobnie jak odczyny chemiczne, bezwzględnie rozstrzygnąć naturę danego przypadku chorobowego. Ale zjawiska biologiczne, acz mające bezwątpienia podstawę swą w chemii, są niezmiernie zawiłe i rzadko wśród nich znajdziemy odczyny tak proste, żeby dodatni lub ujemny wynik mógł rozstrzygać stanowczo o ich istocie. Dalsze badania, których liczba urosła obecnie do legionu, wykazały, że swoista aglutynacya jest tylko zwiększeniem prawidłowej własności surowicy ludzkiej, że tedy należy przyjąć pewną granicę, dzielącą odczyny swoiste od nieswoistych; za taką granicę obecnie ogólnie przyjmujemy rozcieńczenie surowicy $^1/_{50}$, jakkolwiek nie brak głosów, żądających przesunięcia jej do rozcieńczenia $^1/_{100}$. Przyjąwszy tę granicę, należy zapytać, czy dodatni wynik uprawnia do przyjęcia duru, czy ujemny pozwala rozpoznanie to wykluczyć? I w jednym i w drugim przypadku będzie to możliwe tylko przy uwzględnieniu całego szeregu okoliczności towarzyszących. W razie wyniku dodatniego przedewszystkiem musimy się upewnić zapomocą wywiadów, czy chory poprzednio nie przebywał duru, wiemy bowiem, że czasem nawet po upływie całego szeregu lat od przebycia duru surowica może zachować własności aglutynacyjne i to w dość wysokim stopniu. Dalej wykazują spostrzeżenia Grünbauma, Eckardta, Żupnika i Köhlera, że chorzy, dotknięci żółtaczką, przy sprawach zapalnych lub nowotworowych w drogach żółciowych, w ich niedrożności, w chorobie Weila, mogą posiadać

surowicę aglutynującą bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{100}$—$^1/_{2000}$; Köhler, który bliżej się zajmował teoretyczną stroną tego zjawiska, stwierdził, że kwasy żółciowe czasem tylko działają aglutynująco na bakterye durowe i że podobnie zastrzyknięcie ich u psów nie stale wywołuje zwiększenie siły aglutynacyjnej surowicy. Zgodnie z tem nie we wszystkich przypadkach żółtaczki u człowieka spostrzegano tak wysokie wartości aglutynacyjne. Aglutynacya, wywołana obecnością kwasów żółciowych we krwi, w przeciwieństwie do wywołanej działaniem prątków Ebertha, nie jest swoistą; w pracy o serodyagnostyce gruźlicy opisaliśmy z Kellerem przypadek żółtaczki, w którym surowica uzyskała wobec hodowli gruźliczych najwyższą dotąd spostrzeganą siłę aglutynacyjną wysokości $^1/_{500}$; podobnie spostrzeżenia moje i Kleina i innych autorów stwierdziły w przypadkach przerostowej marskości wątroby znaczną zdolność surowicy do aglutynowania ludzkich ciałek czerwonych. Bądźcobądź obecność żółtaczki w przypadku podejrzanym o dur nie pozwoli nam zużytkować rozpoznawczo dodatniego wyniku próby Widala; wątpliwości tego rodzaju zwłaszcza łatwo mogą się nasunąć w zakażeniach dróg żółciowych, przy ropniach wątroby, w chorobie Weila. Na dalsze źródło błędów, zawarte w tak zw. aglutynacyi grupowej, wskażę w dalszym ciągu przy omawianiu duru rzekomego. Co się tyczy ujemnego wyniku próby Widala, to zaznaczyć należy, że znamy z piśmiennictwa znaczny szereg przypadków, po części bakteryologicznie stwierdzonych, w których odczyn wystąpił bardzo późno w przebiegu choroby, lub też dopiero w okresie ozdrowienia, lub wreszcie w ciągu obserwacyi wcale nie wystąpił. Nie zdziwi to nas, jeśli uwzględnimy biologiczną naturę odczynu; podobnie jak nasze zwierzęta doświadczalne różnie oddziaływają na zabiegi uodpornienia, to zn. z różną szybkością i sprawnością, tak i ustroje ludzkie niejednakowo oddziaływają na zakażenie durowe; wytwarzanie aglutynin, polegające na pewnego rodzaju sprawie wydzielniczej, w jednym przypadku występuje wcześnie, w innym późno, w jednym w słabym stopniu, w innym nader wybitnie. Bardzo też być może, że w wielu przypadkach z odczynem ujemnym mamy poprostu do czynienia ze słabym odczynem dodatnim, obracającym się jeszcze w zakresie nieswoistym, choć dana wartość, np. $^1/_{20}$, może być dla danego właśnie przypadku swoistą, jeśli przed zakażeniem surowica tego osobnika wcale nie aglutynowała bakteryi durowych. Ten pogląd tłómaczy nam także przypadki opisane, gdzie istniejący już odczyn wybitnie dodatni znika w przeddzień zejścia śmiertelnego; jeśli będziemy taki przypadek badać w dniu zejścia, uzyskamy wynik ujemny, a nazajutrz sekcya przekona nas, że mieliśmy przed sobą dur brzuszny. W takich przypadkach silne zakażenie, podkopując całą ekonomię ustroju, poraża także działalność narządów, wytwarzających aglutyniny, powodując przez to ujemny wynik próby.

Na inną wreszcie nader ważną przyczynę ujemnego wyniku próby Widala wskazały badania lat ostatnich, dowodzące, że istnieją przypadki, klinicznie zupełnie od duru się nie różniące, a wywołane przez bakterye spokrewnione z prątkiem Ebertha, z nim jednak nie identyczne. Przed niespełna trzema laty Schotmüller opisał przypadek, klinicznie przedstawiający się jako dur brzuszny na podstawie przebiegu ciepłoty, obrzęku śledziony, typowej wysypki, toksycznych objawów ogólnych, nieżytu oskrzelowego, zwolnienia tętna. Próba Widala wypadła ujemnie nawet w rozcieńczeniu $^1/_{20}$; ze krwi Schotmüller wyhodował bakterye, o własnościach, o których niżej będzie mowa, a które surowica danego chorego aglutynuje w rozcieńczeniu $^1/_{100}$. Niezadługo potem Schotmüller mógł opisać dalszych 5 podobnych przypadków, przyczem zaproponował przypadki tego rodzaju odgraniczyć na podstawie odrębnej etyologii od duru właściwego i nazwać durem rzekomym (*Paratyphus*). Równocześnie prawie Kurth opisał 5 podobnych przypadków, wywołanych przez bakterye odrębne od durowych, a które nazwał *bac. bremensis febris gastricae*. Odtąd po całej Europie i Ameryce mnożą się opisy takich przypadków tak, że w niedługim stosunkowo czasie trzech lat opisano już ich kilkadziesiąt. Nie wdając się w szczegóły każdego przypadku, postaram się obecnie pokrótce scharakteryzować kliniczny ich obraz, następnie zaś zajmę się bakteryologiczną stroną tych przypadków, równie ciekawą, jak ważną. Klinicznym swym obrazem przypadki nasze zupełnie przypominają dur brzuszny; tu, jak tam, dość znaczna wielokształtność choroby, zmienne objawy, typ choroby nie tak mocno zaznaczony, jak np. przeważnie w chorobach wysypkowych. Tor gorączkowy podobnie, jak w klasycznych przypadkach duru, poczyna się stadyum wstępnem wzmagającej się gorączki, następuje okres gorączki stałej lub zwalniającej, który przez okres krzywych amfibolicznych lub poprostu litycznie schodzi do normy. Dur rzekomy jednak na ogół przedstawia więcej form nietypowych, niż rzeczywisty: — przypadki o krótszym, 2—3 tygodniowym przebiegu są częstsze, choć nie brak i ciężkich, trwających do 5 tygodni; tu i owdzie spotykamy się z nagłym początkiem gorączki wśród dreszczów, częściej jednak wznosi się ona zwolna po kilkodniowym okresie zwiastunów. W niektórych przypadkach spostrzegano krytyczny spadek ciepłoty; dość często też krótkie nawroty gorączki, jedno lub kilkodniowe, przerywające okres ozdrowienia. Ciekawie przedstawia się co do swego przebiegu przypadek Briona i Kaysera, w którym u młodej dziewczyny wystąpiły trzy okresy gorączkowe po 9, 16 względnie 15 dni, oddzielone równie długimi okresami bezgorączkowymi; o ile ostra rzeżączka, wikłająca ten przypadek, wpłynęła na ten odrębny przebieg, trudno powiedzieć. Uderzający jest także przypadek, opisany przez Feyfera i Kaysera, w którym zakażenie mięszane przez prątki durowe i rzekomo durowe przebiegało zupełnie bezgorączkowo przy obecności wszystkich innych typowych objawów duru. Z objawów wstępnych należy zaznaczyć ogólne niedomaganie, trwające kilka dni, bóle głowy, czasem bóle w krzyżu i kończynach, rzadko dreszcz. Ze strony przewodu pokarmowego spotykamy czasem z początku choroby wymioty i kruczenie w żołądku, stale kruczenie nad jelitem ślepem, biegunkę o mniej lub więcej typowych stolcach, brzuch niebolesny, śledzionę czasem tylko macalną, często wypukiem powiększoną. Język przeważnie obłożony, zapalenie gardła często towarzyszy wstępnemu okresowi choroby, a rozlany nieżyt oskrzelowy całemu jej przebiegowi. Tętno bywa regularne, miękkie, rzadziej dwubitne, czasem w stosunku do wysokości ciepłoty zwolnione, czasem z nią się zgadza. Bóle głowy dość częste; sensoryum już to wolne, już to zajęte, chorzy bywają senni, czasem bredzą i majaczą. Mocz gorączkowy może zawierać ślad białka, często spostrzegano w nim odczyn dyazowy Ehrlicha. Co do różyczki, to występowanie jej jest niestałe, podobnie jak w durze prawdzi-

wym. natomiast spostrzegano w szeregu przypadków wysypkę nader obfitą, zajmującą nawet kończyny, twarz i wysypującą się na kilka zawodów. Ogólny charakter zakażenia jest łagodny i nawet przypadki, przebiegające wśród cięższych objawów, kończą się pomyślnie, a okres ozdrowienia jest dość krótki; temu właśnie charakterowi odpowiada na ogół mniej typowy przebieg, właściwy lżejszym formom duru. Ponieważ na podstawie obecnych naszych wiadomości możemy przyjąć, że na każde 15—20 przypadków duru przypada 1 duru rzekomego, należy i skądinąd przypuszczać, że zakażenia rzekomodurowe przebiegają ogółem łagodnie, jak to słusznie podnosi Schottmüller. Od czasu odkrycia Ebertha, t. j. od 20 lat, w niezliczonych przypadkach sekcyjnych dokonywane bakteryologiczne badanie nigdy nie wykazało bakteryi rzekomodurowych; gdyby odpowiednio do swej częstości przychodziły na stół sekcyjny zakażenia, przez nie wywoływane, z pewnością jeden lub drugi badacz byłby je już dawno opisał. Wobec tego charakteru sprawy nie zdziwi nas, że dotąd posiadamy w piśmiennictwie tylko dwa opisy sekcyi zwłok po durze rzekomym; pierwszy, opisany przez Siona i Negela, dotyczy młodego człowieka, który przez 5 tygodni przedstawiał objawy ciężkiego duru; wysoką gorączkę, tętno częste, odleżyny, język obłożony, typową bardzo obfitą wysypkę, mocne zajęcie sensoryum, a pod koniec objawy zajęcia opon mózgowych i niedomogi serca. Z objawów duru brakło biegunki i kruczenia nad jelitem ślepem, natomiast za durem przemawiał związek z równoczesną epidemią duru w mieście, fakt, że kilku członków rodziny chorego równocześnie przebywało dur, a wreszcie, że próba Widala dała wynik dodatni. Natomiast bakteryologiczne badanie krwi za życia, jak również wynik sekcyi, pouczyły, że zachodziło tu zakażenie rzekomodurowe. Znaleziono dość świeże zatorowe rozmiękczenie w okolicy skroniowej lewej półkuli mózgowej, rozsiane świeże zapalenie opon miękkich i substancyi korowej, w płucach ogólny śluzoworopny nieżyt oskrzeli z ogniskami zrazikowego zapalenia płuc, nadto prawostronne surowiczo-włóknikowo-krwotoczne zapalenie opłucnej. Mięsień sercowy zwyrodniały z wyroślą Laennekowską u szczytu lewej komory w okresie rozmiękania, a w następstwie zawały z bezkrwistości w śledzionie i nerkach. Śledziona przedstawiała obok przewlekłego obrzęku i ostry. Błona śluzowa jelit ogólnie przekrwiona, pokryta śluzem; tuż przed ujściem do jelita ślepego błona śluzowa jelita cienkiego przedstawia w rozległości 10 ctm. zmiany błonicze, kępy Peyera niezmienione, podobnież mieszki odosobnione zupełnie prawidłowe i gruczoły krezkowe prawidłowe, drobne, na przekroju blado-szare. Z istoty mózgowej, z ogniska rozmiękczynowego, ze krwi, narośli śródsierdziowej, z płynu opłucnowego i osierdziowego, z wątroby, ze śledziony i nadnerczy wyhodowano w czystej hodowli bakterye rzekomodurowe, z oskrzeli obok nich wyrósł paciorkowiec i otoczkowiec Friedländera. Jak widzimy stąd, obraz anatomiczny zupełnie różny od durowego i to w dwóch kierunkach: naprzód mamy typowe zmiany zakażeń septycznych, rozsiane w całym ustroju; z drugiej strony stan przewodu pokarmowego niczem nieprzypomina duru. Wprawdzie znane są przypadki duru bez zmian w narządzie chłonnym przewodu pokarmowego, ale zupełnie bezprzykładne są zmiany nieżytowo-błonicze, opisane w naszym przypadku. Fakt ten tem bardziej zasługuje na uwagę, że i w drugim przypadku sekcyjnym, podanym przez Longcopea w Filadelfii również brak zmian w narządzie chłonnym jelitowym; nie uprawnia to jeszcze do wniosków dalej idących, ale niemniej pozostanie dziwnem [1]).

Jakaż jest epidemiologia duru rzekomego? Na pytanie to, ważne z różnych względów, odpowiedź z natury rzeczy może być na razie tylko niewystarczająca. Rozpoznanie przypadków tych możliwe jest tylko na podstawie bakteryologicznej, a odbywa się najczęściej w pracowniach zdala od praktyki, to też niełatwo było w stosunkowo krótkim czasie zebrać dostateczny materyał do zupełnego wyjaśnienia tej sprawy. Pewna część przypadków zdaje się być luźnie rozsiana wśród durowych; zwłaszcza w większych szpitalach, zbierających materyał chorych z większych przestrzeni, niełatwe jest stwierdzenie umiejscowienia takich przypadków. Znamy już jednak trzy epidemie tej choroby, pozwalające na pewne przypuszczenia co do sposobu szerzenia się jej. De Feyfer i Kayser opisują małą epidemię z 14-tu przypadków w mieście Eibergen na pograniczu Holandyi i Niemiec, a rozpadającą się na cztery niezależne małe epidemie domowe: źródła i powiązania tych epidemij nie mogli autorowie z pewnością stwierdzić: podejrzenie ich kierowało się ku wodzie z potoku, przepływającego tę miejscowość, względnie ku masłu i mleku, pobieranemu z wspólnego źródła. Dobrze obserwowaną epidemię duru rzekomego w garnizonie w Saarbrücken opisuje Hünerman; ściśle określone warunki, w jakich żyją żołnierze w garnizonach, pozwoliły tu dość dokładnie zbadać epidemiologię choroby. Do garnizonu zawlókł ją muszkieter, wracający z urlopu; z jego odchodami, dostały się bakterye do wodociągu, właśnie w owym czasie uszkodzonego i wywołały epidemię z 38 przypadków. Badanie bakteryologiczne i seroreakcya wykazały obecność duru rzekomego, a surowica owego muszkietera, podówczas już zupełnie zdrowego, aglutynowała odnośne bakterye w rozcieńczeniu $^1/_{2000}$. Równie ciekawą jest mała epidemia domowa, opisana przez Siona i Negla; cała rodzina, złożona z 6 osób, zamieszkująca odosobniony mały domek, zachorowała wśród objawów durowych: bakteryologiczne badanie stwierdziło dur rzekomy. Zakażenie odbyło się drogą wody; w mule, pokrywającym dno studni otwartej, bardzo pierwotnie zbudowanej, autorowie wykazali obecność bakteryi rzekomo durowych. Ściśle ograniczony zakres epidemii tłómaczy się tą okolicznością, że owa studnia służyła wyłącznie dla potrzeb mieszkańców danego domku, gdyż okoliczne domki posiadały własne studnie. Z danych tych widzimy, że drogi przenoszenia się duru rzekomego będą prawdopodobnie te same, co prawdziwego; o ile swoiste bakterye wykazano w stolcach, a w kilku przypadkach i w moczu chorych przy istnieniu bakteryomoczu, należy w tych przypadkach wydaliny te odkażać równie troskliwie, jak to higiena nakazuje nam wobec wydalin chorych durowych. Zadaniem dalszych badań będzie oczywiście poznać dokładnie biologię bakteryi rzekomo-durowych, stwierdzić, czy mogą się rozmnażać tylko w ustroju ludzkim, czy też mogą żyć dłuższy czas poza ustrojem, a uzyskawszy odpowiedź na te pytania, wyciągnąć z nich odpowiednie wnioski co do

---

[1]) W ostatnich dziełach Lucksch (Cbl. für Bakter, I. Abth. Or. XXXIV. Nr. 2·) opisuje przypadek sekcyjny duru rzekomego również bez zajęcia narządu chłonnego a z obrazem zmian nieżytowo-błoniczych w jelitach.

higieny i zapobiegania. Jako ciekawy szczegół w sprawie przenoszenia się choroby chciałbym jeszcze podnieść, że tak niedawno dopiero znane te bakterye dały już powód do zakażenia laboratoryjnego; Schottmüller opisuje przypadek lekarza, który zajmował się ich badaniem, a w tydzień potem zapadł na dość ciężki dur rzekomy, stwierdzony przez seroreakcyę. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Riegel (Giessen). **O tętnie dziwacznem** *(pulsus paradoxus.)* *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 20, 1903). Pierwszym, który w przebiegu jednego przypadku chorobowego zwrócił szczególniejszą uwagę na objaw, że podczas wdechu tętno staje się słabszem, lub czasami zupełnie znika, był Widemann, przyjmując za podstawę tego objawu łącznotkankowe zapalenie osierdzia i śródpiersia. Sekcya potwierdziła jego rozpoznanie, wykazując między innemi postronkowate zrosty pomiędzy mostkiem a tętnicą główną, które przesuwając za każdym wdechem aortę na prawo, częściowo ją zasznurowywały. Kussmaul zaś nadał temu objawowi miano „pulsus paradoxus", stawiając go za główną cechę rozpoznawczą w zapaleniu osierdzia i śródpiersia. Późniejsze dokładniejsze spostrzeżenia dopiero wykazały, że „tętno dziwaczne" pojawia się także, i to nawet daleko częściej, w przebiegu innych cierpień, jak przy tętniakach aorty, ogólnej miażdżycy tętnic, zwyrodnieniu mięśnia sercowego, osłabieniu serca, wreszcie w licznych schorzeniach narządu oddechowego (w zwężeniach krtani, tchawicy itp.), jak to sam autor miał sposobność stwierdzić. W dalszej części swej pracy stara się Riegel rozwiązać kwestyę powstawania rzeczonego tętna, którego przyczyna może być rozmaita: pierwsza polega na zapaleniu osierdzia i śródpiersia, w czem autor zupełnie się zgadza z poprzednio wyłuszczonemi zapatrywaniami, że „tętno dziwaczne" jest w tym przypadku jedynie następstwem czysto mechanicznego ucisku wielkich naczyń przez postronkowate zrosty i to podczas wdechu. Zarówno serce, jak i tony sercowe, zupełnie nie wchodzą w rachubę. W przypadkach zaś zwężeń krtani lub tchawicy sprawa się ma zupełnie inaczej; tutaj tętno „dziwaczne" nie jest wynikiem ucisku, lecz wyrazem zmienionej czynności serca, która następowo uwydatnia się w tętnie. Utrudniony bowiem dostęp powietrza pociąga za sobą powiększone parcie ujemne, które się znów odbija na funkcyi serca: im większy będzie stopień zwężenia, tem większe będą, jak to doświadczenia na zwierzętach wykazały, wdechowe różnice w parciu tętniczem. Natychmiast po tracheotomii, a więc po usunięciu przeszkody, znika także „tętno dziwaczne".

Podobne są stosunki w zapaleniu płuc, w wysiękach opłucnowych i w zapaleniu drobnych oskrzeli· odporność mięśnia sercowego jest w przebiegu tych chorób upośledzona; a następstwem takiego osłabienia serca może być „tętno dziwaczne". Że w danym przypadku kilka czynników może wpłynąć na wytworzenie się opisanego tętna, nie ulega chyba wątpliwości i dlatego dokładne zbadanie wszystkich w grę wchodzących spraw jest rzeczą bardzo ważną, szczególnie ze względu na późniejszy kierunek leczenia.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Dunbar (Hamburg). **Dalszy przyczynek do etyologii i leczenia gorączki siennej.** *(Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 9, 1903). Poszukiwania autora wykazały, że ziarnka pyłku *(Pollenkörner)* żyta, jęczmienia, pszenicy, ryżu, kukurydzy i innych badanych rodzajów traw zawierają składniki, które tylko u osób, zapadających zwykle na gorączkę sienną, wywołują wszystkie objawy tej choroby, a zostają bez wpływu na inne osoby. Dalej stwierdził autor, że działaniu trucizny, wywołującej gorączkę sienną, ulegają nie tylko błona śluzowa, zaopatrzona przez n. troisty, lecz nie mniej i inne błony śluzowe, jak n. p. odbytnicy — i to nie tylko w krytycznym czasie, t. j. miesiącu maju, czerwcu i lipcu, ale też o każdej porze roku. Na podstawie przeprowadzonych badań skłania się autor do zapatrywania, że laseczki skrobi *(Stärkestäbchen)* przedstawiają tu substancyę istotnie działającą. Przez przeszczepienie na zwierzęta treści ziarnek pyłkowych traw *(Gramineenpollenkörner)*, toksyny pyłkowej *(Pollentoxin)*, udało się uzyskać surowicę leczniczą, której używano w omawianej chorobie z dobrymi wynikami. *Spira.*

Dr. Rombeld. **O odosobnionym kurczu drgawkowym podniebienia miękkiego.** *(Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 13, r. 1903). Przyczyny kurczu podniebienia mogą znajdować się w ośrodkach, t. j. być pochodzenia jądrowego, nadjądrowego, względnie korowego, bądź też tkwić na obwodzie. Sądząc z niektórych spostrzeżeń, kurcze te powstały na drodze odruchowej wskutek podrażnienia gałązek czuciowych n. troistego przez sprawy chorobowe w nosie lub w jamie ustnej. Autor opisuje rzadki przypadek odosobnionego kurczu podniebienia. U chorej nerwowej, dotkniętej miażdżycą tętnic i przerostem serca, wystąpiły wśród objawów udarowych utrudnienie ruchów języka, zboczenie mowy, polegające na porażeniu n. podjęzykowego, porażenie i kurcze podniebienia miękkiego. Po ustąpieniu innych objawów pozostał lekki niedowład i połowicze kurcze drgawkowe podniebienia. Istniejąca miażdżyca każe domyślać się zakrzepu lub zatoru, jako przyczyny tego objawu, mógłby jednak być nią także tętniak. Kwestyę siedziby cierpienia, czy była ona w jądrach opuszki, czy na torach przewodzących między jądrem błędno-dodatkowo-podjęzykowem a mózgowiem, autor zostawia otwartą. *Spira.*

Clemens. **Przypadek zrostu osierdzia leczony operacyą Talmy.** *(Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 22). Przypadek dotyczy chorej, która po przebytem przed 18 laty zapaleniu opłucnej i osierdzia, cierpiała na zrost serca z osierdziem i od czasu do czasu dostawała objawów niewyrównania, polegającego na obrzękach, puchlinie brzusznej i jamy opłucnowej. Dawniej objawy te pod wpływem leczenia wewnętrznego ustępowały; lecz od 9 miesięcy nie pomogły już spokój, środki wewnętrzne i punkcye brzucha, zaczem postanowiono puchlinę brzuszną leczyć sposobem, zaleconym przez Talmę w puchlinie z powodu marskości wątroby. Objawy zastoju bowiem w wielu przypadkach niewyrównanej wady sercowej, a szczególnie zrostu osierdzia, występują prawie wyłącznie w układzie żyły bramnej. Operacyę Talmy w celu usunięcia puchliny u chorych sercowych wykonano dotychczas trzy razy z nieznacznym skutkiem, a w przypadku opisanym po wykonanej operacyi musiano jeszcze raz wykonać nakłócie brzucha, poczem nastąpiło wyraźne, lecz przejściowe tylko polepszenie. *Dr. Fels.*

Prof. Bossi. **O odporności zwierząt w ciąży i połogu względem zakażenia i otrucia.** (Tymczasowe doniesienie do wskazań przerwania ciąży z powodu chorób wewnętrznych). *(Arch. für Gyn.* tom 68, zeszyt 2, 1903). Chcąc sprawę tę choć w części wyjaśnić, przeprowadzał autor szereg doświadczeń na królikach i świnkach morskich, ciężarnych i nieciężarnych, w okresie połogu i poza nim, zachowując naturalnie skrupulatnie ostrożności, chroniące doświadczenia od innych wpływów. Zwierzętom tym wstrzykiwał różne drobnoustroje (błonicze, gruźlicze, zapalenia płuc, okrężnicowe, różnego rodzaju łańcuszkowce i gronkowce, *proteus mirabilis, pyocyaneus*), wzięte wprost z hodowli i to podskórnie, śródżylnie do jamy otrzewnowej, a w okresie połogowym do pochwy i macicy. Celem wywołania zatrucia (intoksykacyi) użył toksyn błoniczych i tuberkuliny. Otrzymał następujące wyniki: 1) Zwierzęta ciężarne wykazały o wiele większą liczbę ostrych schorzeń i wyników śmiertelnych, aniżeli nieciężarne. 2) Ostre objawy i zejście śmiertelne zwierząt ciężarnych występowały tem wybitniej i szybciej, im ciąża była dalej posuniętą tak, że w przypadkach ciąży początkowej nie można było wogóle zauważyć różnicy między zwierzętami ciężarnemi i nieciężarnemi. 3) Przy wszystkich zakażeniach zauważono u zwierząt ciężarnych ciepłotę wyższą przeciętnie o 1·5° C., aniżeli u zwierząt użytych do kontroli nieciężarnych. 4) Dosyć często występowały poronienia w następstwie zakażenia. 5) Tylko wobec drobnoustrojów błoniczych i ich toksyn okazywały zwierzęta ciężarne większą odporność. aniżeli nieciężarne. 6) W znacznej liczbie przypadków znaleziono w łożysku, cieczy owodni i krwi płodów obecność wstrzykniętych drobnoustrojów. 7) Łożysko należy uważać jako sączek (filter), zdolny do zatrzymania wszelkich drobnoustrojów, nawet wąglika, a przepuszcza je, jeżeli w niem powstaną jakieś ubytki, zdarcia, lub w okresie agonii, albo śmierci matki. Przypuszczenie to zostało objaśnione na przykładach. 8) Zwierzęta w okresie połogu i poza nim zachowują się wobec wywołanego zakażenia jednako. 9) We wszystkich przypadkach, w których wstrzyknięto położnicom drobnoustroje, czy to podskórnie, czy do otrzewnej, można było je wykazać w mleku. Punkt ten ważną odgrywa rolę w sprawie przenoszenia spraw zakaźnych z mamki na dziecko i nakazuje nam w wątpliwych przypadkach badać pokarm bakteryologicznie. Z tego wszystkiego wyciąga autor wniosek, że w przypadkach ciąży powikłanej jakąś chorobą zakaźną ostrą, należy ją sztucznie przerwać i to im wcześniej, tem lepiej, albowiem w miarę postępu ciąży zmniejsza się odporność ustroju, a zwiększa siła i szybkość wtargnięcia drobnoustrojów, a temsamem i niebezpieczeństwo życia dla matki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Prof. Ad. Onodi (Budapeszt). **Przyczynek do nauki o centralnem unerwieniu krtani.** *(Orv. het.* 1902, Nr. 11). Doświadczenia prawie wszystkich badaczy, dotyczące ośrodków, służących do unerwienia krtani, stwierdzają jednozgodnie, iż obrażenia

ośrodka korowego nie pociągają za sobą żadnego trwałego upośledzenia ani w fonacyi, ani ruchomości więzadeł głosowych. Tosamo stwierdzają doświadczenia Onodiego. Do oznaczenia ośrodków nerwowych, służących do wytwarzania głosu, służyły dotychczas doświadczenia na zwierzętach, oraz spostrzeżenia na przedziurawionych główkach noworodków i na potworach. Z doświadczeń Onodiego wynika, iż obszar podmózgowego ośrodka fonacyjnego rozciąga się w długości 12 mm. poza wzgórkiem czworaczym, aż do czwartej komory. Odcinek ten kończy się powyżej obszaru nerwu błędnego, a przecięcie rdzenia przedłużonego powyżej ośrodka nerwu błędnego sprowadza utratę fonacyi bez upośledzenia oddychania. Noworodki z przedziurawioną główką nie wydają głosu, jeżeli wspomniany ośrodek został zniszczony. *Dr. Baschkopf.*

Elemer Pollatschek (Budapeszt). **W sprawie znieczulania krtani w gruźlicy.** (*Mag. orv. Lap.* Nr. 1, 1903). Tak kokaina, jak i ortoform mają tę wadę, iż nie można ich stosować w nieograniczonej ilości i częstości, gdyż działają trująco, a wpływ znieczulający trwa krótko. P. używa stale poleconej przez Noordena anestezyny (*Paramido-Benzoesäure-Aether*) do znieczulania gardła i krtani z bardzo dobrym wynikiem, pomijając naturalnie zabiegi operacyjne, w których nie wypiera kokainy. Do wstrzykiwania do krtani i wdychiwań stosuje P. zawiesinę: *Rp. Menthol. 1·50, Pulv. gum. arab., Ol. amygd. dulc., Aq. dest. aa 10·0, M. f. l. a. emulsio, adde Anaesthesini 3·0—5·0, Spirit. vini conc. 40·0, Aq. dest. 65·0 MDS.* S. n. Jeden cm. tego roztworu (= 0·03—0·04 anestezyny) sprowadza w kilku minutach znieczulenie, trwające 3—30 godzin w najuporczywszych przypadkach bolesnego połykania. Roztworu, rozcieńczonego wodą, można też używać do wdychiwań z tymsamym wynikiem. Kaszel krtaniowy także łagodnieje na 5—6 godzin, często na dwa dni. Nie należy anastezyny używać w postaci proszku. Objawów zatrucia P. nie spostrzegał nigdy, nawet po 30 grm. Wewnętrznie podaje się anastezynę w dawkach 3—4,0 na raz w wrzodzie i raku żołądka. *Baschkopf.*

Krüger. **Miesienie gruczołu krokowego a białkomocz.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Przypadek nasunął autorowi spostrzeżenie, że po miesieniu gruczołu krokowego, zastosowanem z powodu przewlekłego jego zapalenia, może wystąpić białkomocz, który jednakże ustępuje po zaprzestaniu miesienia. Takich spostrzeżeń ma autor dwa. W obu było przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego po dawno przebytej rzeżączce, bez możności jednak znalezienia dwoinek rzeżączkowych, w obu sprawa dotyczyła osobników nerwowych. Krüger badał mocz w tych przypadkach codziennie przez cztery tygodnie, a białko występowało tylko po miesieniu gruczołu krokowego; wałeczków zaś nigdy nie stwierdzono. Utrzymuje on stanowczo, że białko to było pochodzenia nerkowego, a nie spowodowane treścią ciałek białych, nasienia lub podobnej domieszki w moczu. Co do przyczyny powstawania, to możnaby przypuścić, że wskutek miesienia przychodzi do wessania substancyi, które zostały złożone w schorzałym gruczole krokowym, a te, zmienione chemicznie, dostają się drogą krążenia krwi do nerek i wywołują podrażnienie przybłonków nerkowych, albo być może, że substancye te działają na drodze nerwowej. Autor nie chce tej sprawy rozstrzygać: zapatrując się na nią ze strony praktycznej, radzi w tych przypadkach miesienia zaprzestać, a w każdym przypadku miesienia gruczołu krokowego codziennie mocz kontrolować. *B. Żmigród.*

Ullmann. **Przypadek uszkodzenia jelita przy przedziurawieniu macicy narzędziem.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 24). Przedziurawienia macicy, czy to przy sondowaniu, czy też przy skrobaniu z jakiegokolwiek wskazania, nie należą do rzadkości. Przyczyna tego, (mimo największej ostrożności ze strony operującego), leży w zmianach chorobowych mięśni macicy, które są powodem ich kruchości; badania histologiczne Schultze-Vellinghausena potwierdzają dowodnie te zmiany w budowie mięśni macicy, co może stać się powodem pęknięcia nawet bez użycia znaczniejszej siły. Przedziurawienie to wydarza się najczęściej w bliskości ujścia wewnętrznego. Autor podaje pięć przypadków z piśmiennictwa, w których nastąpiło uszkodzenie jelita przy przedziurawieniu macicy, a niektórzy operatorowie, chwyciwszy jelito po przedziurawieniu macicy kleszczykami, ciągnęli je przez otwór w macicy, mniemając, że mają do czynienia z cząstkami wyskrobanej błony śluzowej, lub też z błonami. Między tymi przypadkami znajduje się znany przypadek wiedeński z roku 1899, z powodu którego operator skazany został sądownie za błąd w sztuce. Z pięciu tych przypadków, dwa zakończyły się śmiertelnie, a trzy wyzdrowieniem. W przypadku swoim robił autor laparotomię w 15 godzin po przedziurawieniu macicy, przyczem okazało się, że otwór był w okolicy odejścia prawej trąbki. Poszarpane brzegi otworu obrównano i zeszyto. Jelito było oderwane od krezki na długość 15 ctm. i krwawo nastrzykane. Ullmann zresekował 24 ctm. jelita, a końce połączył swoim sposobem, następnie ze względu na macicę, wysączkował jamę brzuszną gazą jodoformową i zeszył powłoki brzuszne, pozostawiwszy w ranie trochę miejsca na przeprowadzenie sączka. Chora miała się początkowo bardzo źle, później jednakże stan się poprawił i opuściła szpital zupełnie wyleczona. *B. Żmigród.*

Kehr. **Chirurgiczne leczenie ostrego i przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego** (*d. choledochus*), **spowodowanego przez kamień lub guz.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 22). Autor streszcza swą pracę w następujących twierdzeniach: 1. Leczenie ostrego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego, wywołanego przez kamień, należy z małymi wyjątkami do lekarza chorób wewnętrznych. 2. W przewlekłem zamknięciu przewodu, spowodowanem przez kamień, należy wkroczyć operacyjnie. Operacya nie powinna być robioną za późno; z reguły nie powinno się czekać dłużej, niż trzy miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów zamknięcia przewodu. 3. Kruszenie kamieni żółciowych (*choledochotripsia*) przy zamknięciu nimi przewodu powinno być zaniechane; połączenie woreczka żółciowego z jelitem (*cystenterostomia*) powinno być rzadziej robione, a zamiast choledochotomii ze szwem należy wysączkować przewód wątrobowy (*Hepaticus-drainage*). Przy silnem sparciu się kamieni na wzgórku dwunastnicy (*papilla duodeni*) bierze się pod uwagę metodę Burneya. Hepatikotomia rzadko tylko jest potrzebną. 4. O ile choroba nie powikłała się rozległem zapaleniem naczyń żółciowych, ropniem, rakiem trzustki itd., nie jest ta operacya bardzo niebezpieczną; śmiertelność przy jej wykonaniu wynosi 3%. Wykonana jednak za późno, już przy obecności ciężkiego zakażenia, rzadko dać może oczekiwany wynik. 5. Przebieg pooperacyjny winien być śledzony z największą uwagą. 6. W przewlekłem zamknięciu przez guz (rak przewodu żółciowego wspólnego, lub trzustki), trzeba myśleć tylko o operacyi. W największej liczbie przypadków będzie ona tylko operacyą łagodzącą (paliatywną); przy małych zaś rakach w środkowej części przewodu żółciowego jest możliwą operacya doszczętna. Przy guzach dobrotliwych trzustki (*pancreatitis chronica interstitialis*) operacya może sprowadzić stałe wyleczenie. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Żelatyna. (*E. Merck Jahresberichte.* 1902). Ostatnie lata wiele przyniosły nowych prac o żelatynie, jako o środku skutecznym w tamowaniu krwawień i podnoszącym krzepliwość krwi. Hesse podaje, że zapomocą dziennych dawek 200 grm. 10% roztworu żelatyny, stosowanych w ciągu roku u 8-letniego chłopca, cierpiącego na krwawiączkę znacznego stopnia, uchronił go od wszelkich znaczniejszych utrat krwi. Saroni stosuje z dobrym skutkiem w plamicy krwotocznej lewatywy z 50 ctm. 6—10% roztworu żelatyny z dodatkiem 0·6% soli kuchennej. Cavalieri zapobiega przestrzykiwaniami 2% roztworu krwawieniom po operacyach ginekologicznych. Podskórne wstrzykiwanie słabych roztworów żelatyny ma być skuteczne dla zapobiegania krwotokom śródoponowym. Wobec bezsilności leczenia przypadków tych krwotoków innymi sposobami próby te zasługują na powtórzenie. Również podskórnie stosowana żelatyna polecaną bywa w czerniaczce noworodków (*melaena neonatorum*). Z wielu stron zwracano uwagę na możliwość zakażenia tężcem przy użyciu niedostatecznie jałowych roztworów. Merck przyrządza zupełnie pewny 10% roztwór do wstrzykiwań podskórnych w małych rurkach szklanych, zawierających 40 ctm. roztworu. Cena 10 grm. wynosi około 50 hal. W rurkach tych można żelatynę przechowywać latami w chłodnem miejscu. *Dr. T. Ż.*

Extractum Veratri viridis fluidum. (*E. Merck Jahresberichte,* 1902). Ciemierzyca zielona (*Veratrum viridum*) cieszy się dużem wzięciem u lekarzy amerykańskich, jako lek kojący, wymiotny, moczopędny i napotny. Obecnie René de Cortret (*Presse médicale* 1902, Nr. 94) poleca gorąco wyciąg płynny tej rośliny, jako znakomity środek przeciw drgawkom połogowym. Najlepsze wyniki osiąga się, stosując lek ten podskórnie; dawkowanie zależy od zachowania się tętna chorej. Przy tętnie 120 lub więcej na minutę wstrzykuje się 20—22 kropel wyciągu; przy mniej szybkiem tętnie 10—20 kropel. Najwyższe nasilenie działania występuje po 30-tu minutach; częstość tętna nieraz zmniejsza się o połowę. W razie, gdyby po upływie tego czasu działanie nie wystąpiło, należy tęsamą, lub nieco mniejszą dawkę powtórzyć. Działanie leku trzeba utrzymać przez 24 godzin, wstrzykując od czasu do czasu po kilka kropel wyciągu, zawsze kierując się tętnem chorej. Chora musi cały czas zachować położenie leżące; wyprostowanie może sprowadzić nagłą śmierć. Przy zachowaniu tych ostrożności stosowanie środka tego nie przedstawia niebezpieczeństwa, a nieraz bywa bardzo zbawienne. Cena 1 grm. = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Diastase absoluta (1: 300). (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Jest to ferment, otrzymany ze słodu w postaci białego, lub żółtawego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie. Przetwór ten posiada zdolność rozpuszczania skrobi (1: 300). Oefele poleca dyastazę w postaci tabliczek, zawierających 0·10 dyastazy, w razie, jeżeli ślina utraciła częściowo, lub całkowicie zdolność trawienia skrobi. Stwierdzić to można, wykazując niestrawioną skrobię w kale (próba jodowa). Podawać należy natychmiast po posiłku, zawierającym skrobię, aby uniknąć osłabienia działania przez kwas solny. Dawka dzienna dyastazy wynosi pięć tabliczek, po każdym posiłku jedna tabliczka. *Dr. T. Ż.*

Ergotyna. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Solt[1]) zaleca ergotynę, jako bardzo skuteczny środek przeciwko zakażeniu połogowemu, zwłaszcza w praktyce wiejskiej, gdzie stosowanie innych metod leczenia i leków zapobiegawczych jest bardzo utrudnione. Pod wpływem ergotyny zwężają się przestwory chłonne macicy; wskutek tego tkanka bardziej jędrna stawia skuteczny opór wtargnięciu substancyi zakażającej. W 30 leczonych przez autora przypadkach wynik podawania ergotyny był pomyślny. Solt zaleca co do sposobu stosowania ergotyny następujące wskazania: w razie, jeżeli poród przebiegał prawidłowo, bez zabiegu operacyjnego, podaje się położnicy 6 proszków sporyszu (*secale cornutum*) po 0·6 i to 2—3 proszki dziennie. W razie powikłań lub gorączki należy podać trzy razy dziennie po 10—20 kropel następującej mięszanki: *Ergotini, aquae dest. aa 5·00, Trae amarae 15·00.* *Dr. T. Ż.*

VI. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

W przeczuciu, jaką burzę ściągnęliby na siebie, a niemniej, by sprawie samej nie szkodzić, pozostawili projektodawcy supremacyę uniwersytetowi wileńskiemu, zastrzegając mu prawo promowania lekarzy, a ograniczając zakres działania Szkoły krzemienieckiej jedynie i wyłącznie do gubernii wołyńskiej.

Żądanie swoje umotywował Czacki w piśmie, wystosowanem „do komitetu“, *ad hoc* wyznaczonego „od uniwersytetu wileńskiego“ w następujący sposób: „Czuię potrzebę pomnożenia liczby Chirurgów i bab położniczych w naszym kraiu. Doskonały Cyrulik zrobi słusznych kilka operacyi. Dobry Cyrulik ocali życie kilkuset, których pierwszy szarlatan z liczby żyiących wyłącza. Tamtych dla szczególnych przypadków życzemy, tych dla codzienney potrzeby oczekuiemy, z kilku milionów ludzi, kilku lub kilkunastu wstawia szczęśliwych operatorów: lecz ileż to ofiar ginie z tej społeczności Narodowey dla tego, że pierwszego nie dano ratunku przeciwko chorobie, ktora nim wzrosła pod władzą iż tak rzekę uczciwszego Cerulika. Te porownanie na to służy ieśli iest zarzut że u nas będzie mniey doskonałych, ale w większej liczbie Cerulików......

Wreszcie kto broni celuiącemu innych iechać do Wilna i doskonalić się......

Wreszcie każda nauka powinna bydź upowszechnioną a iej prostota okazuie iej doskonałość.....[9])

Tak samo pisze 6-go lipca 1804 r. do Jana Śniadeckiego i nie inaczej uzasadnia racyę swoich dążeń w liście do Czartoryskiego 26-go lipca tegoż roku. Czego jednak nie mógł wynurzyć wobec profesorów wileńskich, to czyni wobec księcia kuratora, użalając się na nieumiejętne prowadzenie szpitala wileńskiego przez Franka i na wielką śmiertelność kobiet po porodach[10]).

Pomylili się jednak Czacki i Kołłątaj, jeżeli przypuszczali, że uniwersytet wileński tę ich skromność uzna. Zastanawiając się, jako bezpośrednio przełożona władza, nad projektem, zarzucił mu uniwersytet niedostateczność wszystkich potrzebnych kursów, brak szpitala i niemożność dokładnego egzaminowania kandydatów i kandydatek. Nie ograniczył się jednak do tych jedynie zarzutów, którym można było w ostateczności zaradzić, ale podniósł i usterki, o których dobrze wiedział, że niemi w sedno trafi, gdyż wypowiedział zdanie, że cały przyszły gmach stoi na bardzo niepewnej podstawie, albowiem runie z powodu braku dostatecznego poparcia pieniężnego. Składki bowiem nie dają dostatecznej rękojmi dla przedsięwzięcia, obliczonego na tak wielką skalę. Jeżeli zarzuty co do niedostateczności kursów, sił itd. mogły chwilowo robić wrażenie uzasadnionych, to musimy o tych ostatnich powiedzieć, że one były podyktowane uczuciem, nie przynoszącem zaszczytu zakładowi na takiej wysokości stojącemu, jak uniwersytet wileński. Wywołane intencyami nie zbyt pięknemi, dały one projektodawcom krzemienieckim dzielną broń do ręki. Postępowanie profesorów wileńskich wyprowadziło nawet i Kołłątaja z równowagi, który dając wyraz swojemu uczuciu, zarzuca im nieżyczliwość dla całej sprawy, zazdrość i chęć wprowadzenia w błąd kuratora.

Myliłby się jednak, ktoby przypuszczał, że całe ciało profesorskie było przeciwne projektowi krzemienieckiemu. Owszem, na posiedzeniach profesorów odbywały się bardzo nad nim żywe rozprawy, podczas których niektórzy wyrażali swoje sympatye dla zamiarów Czackiego.

Co zaś w tej dyskusyi najsmutniejsze, to fakt, że ten, który stał z tytułu rektora na czele szkół litewskich i wołyńskich, występował wrogo wobec planów Czackiego. Ksiądz Strojnowski, ten sam, który tyle katedr wileńskich wydał na łup Niemcom, stanął w pozycyi przeciw Czackiemu, Kołłątajowi i Śniadeckim. Powodem tego było osobiste wrogie usposobienie przeciw Czackiemu i przeciw Jędrzejowi Śniadeckiemu, który gorąco w obronie projektu występował. Niestety, nie wielu było, którzy mieli odwagę występować przeciw rektorowi. Jędrzej Śniadecki, będąc, jak się to mówi, na stopie wojennej z rektorem i kuratorem, z powodu nieprzyjęcia ze swej strony katedry farmacyi, i czując atmosferę dookoła siebie zanadto duszną, postawił wszystko na jedną kartę, donosił o wszystkiem, co się na uniwersytecie w tym kierunku działo, Czackiemu i przestrzegał go wprost przed przysyłaniem projektu do zaopiniowania do Wilna. „Uniwersytet Wileński“, pisze 3 Aprilis 1804 r.[11]) do wizytatora guberni wołyńskiej „Jego (projektu) pewno nie przyimie, gdyż kiedy tylko JWW. Pan Dobrodziey wspominałeś w listach swoich o podobieństwie założenia takiey szkoły, wszystkie skrzywione oczy y ięzyki tuteyszych uprzywileiowanych Wszechników, a osobliwie medików obróciły się natychmiast na mnie, iako autora tych myśli“. „Ale[12]) mam honor ostrzedz JWW. Pana Dobrodzieja raz jeszcze że kiedy projekta te przechodzić będą przez Uniwersytet, bardzo późno przyidą do skutku“. Dlatego też „projekt[13]) takowego ukazu powinien bydz podany do roztrząśnienia prosto JOKuratorowi i Ministrowi oświecenia“.

Unikający niezwykłych dróg, nie posłuchał Czacki tej rady, lecz napisał do Strojnowskiego, by go pozyskać dla swojej sprawy. Strojnowski, czując się tym listem dotkniętym, odpowiada mu na jego wymówki dosyć szorstko. „Zdaje[14]) mi się, powiada, że byłoby rzeczą całe śmieszną, gdyby uniwersytet lub onego rektor chcieli się komu tłómaczyć i usprawiedliwiać, że nie są przeciwnymi pomnożeniu światła w prowincyjach wydziału od monarchy

[1]) Solt: Therapeutische Monatshefte 1902, Nr. 2).

[9]) Kod. nr. 3446 w archiwum XX. Czartoryskich. Protokół różnych czynności wizytatorskich.

[10]) Tamże.

[11]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel.

[12]) Tenże sam kod. list z 8 maja r. 1804 z Wilna.

[13]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list z 3 kwietnia 1804 z Wilna.

[14]) Chmielowskiego art. o Czackim w encyklopedyi wychowawczej. Warszawa 1883.

sobie określonego. Zatem cóż więcej mogę, tylko zaręczyć słowem uczciwem, że to wszystko jest bajką, fałszem, obelgą i potwarzą, od złości, zawiści i ciemnoty rzuconą na uniwersytet i jego rektora, tak jak często bywa w samem Wilnie. Muszę nawet wyznać, że w samem gronie akademii znajduje się człowiek, który mimo rozumu i talentów, zaślepiony pasyją, gdy mu różne role nie udały się, zrucił nakoniec maskę i jawnie ze wszystkiego w akademii nie kontent, zmyśla dzikię rzeczy, gada, szydzi, inaczej przewraca, wszystkich płochych, kobiety i dzieci uprzedza". Co się tyczy człowieka przewracającego i szydzącego, przypuszcza Chmielowski, że rektor miał na myśli Jędrzeja Śniadeckiego. Być może, że tak jest. Na podstawie jednak opisu, podanego przez księdza Strojnowskiego, trudnoby się nam było zgodzić. Że Śniadecki nie zmyślał w tym kierunku nic i zawsze tylko prawdę donosił, jako też nie mniej, że o intrygi można było na uniwersytecie wileńskim kogo innego posądzić, na to może jako dowód posłużyć wyżej przytoczony wyjątek z listu Jana Śniadeckiego, pisanego do Franciszka Dmuchowskiego i list Czackiego do Jana Śniadeckiego.

W liście bez daty pisze wizytator okręgu wołyńskiego do tego ostatniego w ten sposób: „Stroynowski z Twoim bratem byli źle, będąc pierwey przyjaciółmi. Nikczemne subalternowe kreatury zapalały między niemi nienawiść. Celniejszym był podżegaczem nieiaki Horodecki Professor w Gimnazium Wilna Chemii i Fizyki, dawniey podły służalec Rektora, potem, gdy nie poiechał do Petersburga, podleyszy ieszcze Jego potwarca[15])". Jędrzej Śniadecki nie starał się w owym czasie o nic, czegoby osiągnąć nie mógł Owszem, ofiarowanej sobie katedry farmacyi nie przyjął i z rozmysłu zażądał tak wysokiego honoraryum, o którem z góry wiedział, że się kurator na nie nie zgodzi. Intrygować nie potrzebował również, gdyż „opinia publiczna (tyle ile bydź może w Wilnie) była przeciwko Rektorowi i przyczyny były nader proste". Prawdopodobniejszem więc będzie przypuszczenie, że rektor miał na myśli Horodeckiego, genialnego intryganta, z którym również był na stopie wojennej.

Czacki chętnie uwierzył w hasło dobrej sprawy zapewnieniom Strojnowskiego, gdyż dopatrywał w tem postępowaniu jedynie korzyści dla swojego projektu, albowiem „upłynęły dnie nieporozumienia się, nastąpił dzień, w którym za sprawą powszechną zgodne przekonanie". Chwilowe to zbliżenie się obydwóch przeciwników nie było jednak w stanie zmienić biegu rzeczy, do której Strojnowski miał z góry uprzedzenie. Jaki zaś charakter sprawa przybrała i jak opinia wileńska wypadła, widzieliśmy wyżej. Na chwałę profesorów wileńskich, orzeczenie to nie było wyrazem zdania ogółu.

Na czele tej mniejszości stanął odważny Jędrzej Śniadecki i wystąpił otwarcie jako jej przedstawiciel. Widząc jedynie małostkowość, jako czynnik miarodajny, radził Czackiemu, by nie zrażając się dotychczasowem niepowodzeniem, nie poprzestawał na krokach dotychczas poczynionych i wyjątkowo w tym razie nie zadawalniał się tem. Rzecz zaś sama, w imię której walczył, usprawiedliwiała takie stanowisko najzupełniej. Zresztą mógł przypuszczać, że im mniej się będzie od rządu wymagało, tem mniej on da. Dlatego występował[16]) już przeciw samej nazwie „gimnazyum" w dodatku jeszcze podlegającego uniwersytetowi wileńskiemu, który się tak bardzo spółzawodnictwa obawiał. Szkoła ta ma być według niego wyższą i ma nosić nazwisko „Główney Szkoły Lekarskiey;" opiekunem jej najwyższym ma być monarcha, rządzić nią ma kolegium kuratorów, odpowiedzialne wobec ministra oświaty. Na czele szkoły głównej należy postawić rządcę czyli prezydenta, wybieralnego z pośród czynnych lub wysłużonych profesorów na przeciąg lat trzech, a porozumiewającego się z ministrem jedynie za pośrednictwem kolegium kuratorów. Co się tyczy nauki, żądał Śniadecki, by jej udzielano w dwóch kursach i to w ten sposób, by jeden stanowił niższy, czyli przygotowawczy, a drugi wyższy, czyli właściwy kurs lekarski. Na czele każdego kursu miał stać „starszy", wybieralny przez wszystkich profesorów. Wybór taki miał być ważnym po potwierdzeniu go przez kolegium kuratorów, a następnie i przez ministra. W ten sposób miałaby szkoła, proponowana przez Śniadeckiego, charakter szkoły samodzielnej, niezawisłej od uniwersytetu wileńskiego, ba nawet jemu zupełnie równej. Do takiej rady czuł się Śniadecki spowodowany tem bardziej, że będąc u samego źródła, widział, jakoby uniwersytet Wileński czuł bardzo dobrze, iż powstaje dla niego rywal i z tego powodu „wszystko będzie tentowane na wywrócenie tego planu w Petersburgu; albo ieżeli się to nie uda, tedy Uniwersytet Szkołę Wołyńską pod swój rząd pod tytułem Gymnazii zagarnąwszy zwolna y systematycznie podkopywać, źle osadzać y na śmiech stawiać będzie[17])". Podczas gdy więc przez proponowane przez Czackiego urządzenie, szkoła przyszła „wychodzi z liczby Gymnaziów", to przecież nie dochodzi ona do znaczenia Uniwersytetu; „każdy wezwany do niey za nauczyciela zapyta się, iakie tam będzie miał znaczenie.. Cała takowa szkoła skoro będzie tylko Gymnazium, musi ulegać rozrządzeniom Uniwersytetu Wileńskiego, przyimować wyznaczone od niego wizyty, wykonywać przepisany sobie plan w uczeniu, a Profesorowie będą nawet powinni trzymać się podanych sobie od Uniwersytetu autorów y instrukcyi. Ludzie zaś tacy.. nie zechcą się do takiego stopnia poniżyć, y spokoynie tak uciążliwego iarzma dźwigać nie będą—adjuncki nawet... z którychby częstokroć bardzo dobre subjękta wybierać można, nie zechcą przechodzić na Wołyń, ponieważby tam ich znaczenie było daleko mniejsze". Wobec tak przykrych stosunków, któreby z natury rzeczy w nowej szkole zapanować musiały, należy ją wyemancypować z pod jakiejkolwiek zawisłości. To zaś stać się może jedynie w tym razie, jeżeli szkoła wołyńska będzie miała po temu warunki, a do tych należy zapewnienie jej wszystkich katedr. Śniadecki, mając wielokrotnie sposobność przypatrzenia się za granicą innym szkołom, proponował stworzenie następujących katedr: „1°) Anatomii y Operacyi Chirurgicznych, 2°) Chirurgii teoretyczney y Sztuki Położniczey, 3°) Fizyki zwierzęcey (ktora zaymuie Chemią zwierzęcą, Fizykę y Fiziologią); 4°) Materyi medyczney y Farmacyi; 5°) Medycyny Teoretyczney y prawney, 6°) Praktyki Medycyny z Instrukcyą przy łożku chorych; 7°) Anatomii Zwierzęcey, 8°) Sztuki leczenia bydła". Jeżeli więc porównamy ten projekt z projektem Czackiego, poprawionym przez Kołłątaja i z projektem tego ostatniego, proponowanym dla wydziału lekarskiego wileńskiego, przyjdziemy do przekonania, że od obydwóch tych znacznie się różni i stoi od nich wyżej. Z natury rzeczy wynika, że liczba wykładów z zakresu medycyny musiała być znacznie większą, aniżeli tego żądał projekt Czackiego. Wszak ten ostatni chciał mieć tylko szkołę, której uczniowie byliby w stanie zaspokoić najpierwotniejsze wymagania chorej ludzkości. W porównaniu zaś z projektem Kołłątaja dla Wilna proponował wprawdzie Jędrzej Śniadecki mniejszą liczbę katedr, lecz podzielił racyonalniej całą *materiam medicam*, mającą się uczniom podawać. Nadto dla projektu Śniadeckiego jest charakterystyczny fakt, że jakkolwiek dla mniejszej liczby katedr, żądał przecież większej liczby profesorów. Każda katedra miała mieć swojego oddzielnego profesora, a ogólna ich liczba miala wynosić 8, a zatem o dwóch większej, aniżeli tego żądał Kołłątaj dla Wilna. Celem jego było niedopuszczać do zbytniego przeciążenia profesorów, jak to w Wilnie miało miejsce, i dać im w ten sposób możność pracowania w zakresie swej nauki. Liczba profesorów, proponowanych przez niego, przewyższała nawet liczbę

[15]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel.

[16]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list. z dnia 3 Aprilis r. 1804.

[17]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jag. List bez daty Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego.

profesorów szkoły lekarskiej w Krakowie, gdzie anatomię z fizyologią, chirurgię z akuszeryą, farmacyę z materyą medyczną i patologię z terapią wykładało zaledwie czterech tylko profesorów.

Tak wyposażona szkoła powinna mieć także „moc dawania stopni Doktorów, Filozofii, Medycyny y Chirurgii, tudzież patentów na Akkuszeryę, Aptekarstwo y Koniowalstwo. Takowe promocye y patenta służyć będą na całe Imperyum[18])". W ten sposób nie miał się utrzymać ani cień zawisłości od Wilna, a cicha i potajemna wojna, wydana uniwersytetowi wileńskiemu, miała się stać „głośną, otwartą y zapewnić sobie zwycięstwo". Tego wymagało dobro wydziału lekarskiego krzemienieckiego, bo któżby chciał słuchać wykładów w Krzemieńcu, a poddawać się egzaminowi celem uzyskania patentu w Wilnie? Z wyjątkiem Krzemieńczan i mieszkańców najbliższej okolicy wydział lekarski nie miałby nikogo pomiędzy swoimi słuchaczami, a to było za mało dla szkoły, która chciała rozszerzać światło nietylko w gubernii wołyńskiej, lecz i w innych sąsiednich guberniach. Podobnie iluzorycznymi byłyby i dyplomy szkoły krzemienieckiej, gdyby nie upoważniały do wykonywania zawodu w całem państwie. (C. d. n.).

VII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

Dr. J. Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Z tego zestawienia, w którem, podobnie jak i autorowie Statystyki, uwzględniamy osobno liczbę zmarłych stałych mieszkańców Krakowa, osobno zaś tych, którzy tylko chwilowo tu przebywali (obcy), lub należeli do armii czynnej, stanowiącej załogę wojskową, widzimy, że gruźlica i choroby narządu oddechowego stanowią więcej, niż trzecią część ogółu wszystkich zmarłych. Znaczną także liczbę ofiar zabierają inne choroby zakaźne (razem wzięte przeciętnie $^1/_{10}$ ogółu zmarłych), zwłaszcza w latach pojawiania się ich epidemicznego. Przeglądnąwszy tablice śmiertelności w różnych dzielnicach miasta z dłuższego szeregu lat widzimy, że w żadnej z nich nie można znaleźć stale dobrego, lub złego stanu; to znaczy, że śmiertelność z chorób zakaźnych jest (z dłuższego szeregu lat) we wszystkich dzielnicach prawie jednakowa. Z tego wynikałoby, że okoliczności, sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych, są we wszystkich dzielnicach prawie jednakie, tem naturalnie trudniejszem jest zadanie zapobiegania szerzeniu się tych chorób.

Bardzo pouczające są liczby zmarłych na błonicę i dławiec. Do roku 1894 liczba stałych mieszkańców Krakowa, umierających na te choroby, jest wogóle znaczną i przeważnie wyższą, niż liczba zmarłych tu, lecz pochodzących z poza Krakowa: przeciętnie do roku 1894 umierało rocznie na te choroby mieszkańców stałych 91 osób, zaś obcych tylko 52. W jesieni roku 1894 zaczęto leczyć błonicę surowicą swoistą i już w tymże roku spada liczba zmarłych krakowskich do 73, w roku 1895 na 56 itd. Liczba zaś zmarłych zamiejscowych, których przywieziono do Krakowa celem leczenia widocznie w okresie późniejszym choroby, jest teraz stale wyższą od liczby zmarłych miejscowych; bo przeciętnie w latach od 1895 do 1900 r. umiera rocznie na te choroby miejscowych 26, obcych 43 osób. Liczby te tak wymowne, że o skuteczności surowicy przekonać muszą każdego.

Porównywując liczbę ogółu zmarłych (na wszystkie choroby „Razem") krakowskich i obcych, widzimy, że liczba miejscowych. krakowskich, małym tylko ulega zmianom i w roku 1900 jest (1755) prawie takąsamą, jak w roku 1887 (1740), mimo znacznego, bo 23·34% liczącego przyrostu ludności. To też zmniejsza się także liczba odsetkowa śmiertelności, jak to widzimy w kolumnie 25-tej (na tysiąc ludności stałej). Natomiast liczba zmarłych obcych zwiększa się stale z 653 w roku 1887, do 1740 w roku 1900. Widocznie więc coraz większa liczba obcych przybywa do Krakowa celem szukania pomocy w tutejszych zakładach klinicznych i szpitalnych.

Dla porównania dodajemy tu, że w całej Galicyi umiera od szeregu lat przeszło 30‰ ludności, u nas liczba ta w ostatnich latach nie dochodzi 20‰. Bylibyśmy wdzięczni Biuru statystycznemu za dołączenie do następnego Zeszytu Statystyki tablicy z dłuższego szeregu lat, porównywującej śmiertelność w naszem mieście (*pro mille*) ze śmiertelnością innych miast.

Od roku 1896 wprowadzono do Zeszytów Statystyki nadzwyczaj ważne tablice, wykazujące na podstawie doniesień lekarzy, obowiązanych do tego ustawą, wszystkie zachorowania na choroby zakaźne. Tablice te zestawione są według dzielnic, ulic, chorób, wieku i płci chorych, a wreszcie miesięcy. Porównywując jednak ulicami zmarłych na różne choroby zakaźne z zachorowaniami w tychże ulicach, widzimy, że bywają przypadki śmierci na te choroby, choć nie doniesiono, by tam w tym czasie kto zapadł na tę chorobę. Autorowie Statystyki wnoszą ztąd, że czasem chorzy tacy umierają bez pomocy lekarskiej. Ale któż wystawiał w takim razie kartę śmierci z rozpoznaniem choroby zakaźnej? My raczej jesteśmy skłonni przypuścić, że tu lekarz był wezwanym, lecz choć rozpoznał chorobę, zaniedbał obowiązku doniesienia o tem władzy sanitarnej miejskiej. To też nie dziwimy się, że Magistrat często okólnikami obowiązki te lekarzom przypomina, a w ostatnim z nich grozi im surowymi środkami. Chodziłoby jednak o to, czy w przypadkach, gdzie doniesienia lekarz nie zaniedbał, władze sanitarne miejskie zarządzają zawsze wszystko, co należy, by szerzeniu się epidemii zapobiedz i czy doglądają wykonania swych zarządzeń?

Lecz wróćmy do Statystyki. W załączeniu dajemy tablicę ułożoną w znacznem skróceniu z wyżej przytoczonych tablic Statystyki od roku 1896 do 1900, z opuszczeniem chorych obcych, przywiezionych do Krakowa celem leczenia i tu przez zarządy szpitali do Magistratu zgłoszonych.

Tablica B.

Zachorowania na choroby zakaźne.

Rok	Ospa	Płonica	Odra	Błonica	Krztusiec	Dur osutkowy	Dur brzuszny	Czerwonka	Inne zakaźne	Ospica Varicella	Gorączka połogowa	Razem
1896	16	154	485	75	109	11	41	28	84	—	—	1003
1897	23	235	23	81	24	8	102	67	66	—	—	629
1898	8	247	113	78	21	2	91	8	34	24	—	626
1899	39	122	233	95	80	1	58	18	75	—	6	727
1900	62	73	22	80	19	—	89	15	51	—	1	412

Szereg lat pięciu jest zbyt małym, by z niego wyciągać było można pewne wnioski. Odnośnie do pojedynczych chorób, objętych tą tablicą, wahania nawet znaczne tłomaczą się epidemicznem występowaniem pewnych chorób jednego roku, lub ustąpieniem epidemii w innym roku. Fakt jednak zmniejszania się liczby chorób zakaźnych wogóle z 1003 przypadków w r. 1896 — na 412 w r. 1900 zdaje się przecież przemawiać za tem, że w mieście nieco lepsze zapanowały stosunki, że więc władze i ludność nieco więcej zwracają uwagi na choroby zakaźne i starają się wydatniej zapobiegać ich szerzeniu.

Następujące działy opuszczamy: IV. Zmiana wyznania. V. Stan szkół 1897—1900. VI. Ruch budowlany od 1891—1901.

VII. Publiczne szczepienie ospy w roku 1899 i 1900.

Jest to dział dotąd w Zeszytach Statystyki nie uwzględniany. A przyznać należy, że i dziś zawiera tylko bardzo krótką, widocznie przez fizykat miejski dostarczoną tablicę, z której dowiadujemy się, że

	w r. 1889	w r. 1900
szczepiono ospę w lokalach publicznych	3	3
„ „ ze skutkiem pomyślnym u osób	2102	2060
„ „ „ niewiadomym „ „	660	722
„ „ bez skutku u osób	28	8
Razem . . .	2790	2790

Porównywując te liczby z liczbami, podanemi w Sprawozdaniu krajowej Rady zdrowia za rok 1889, a pochodzącemi najprawdopodobniej także od fizykatu miejskiego, znajdujemy znaczną różnicę. W Sprawozdaniu bowiem Rady zdrowia podano liczbę ogółu szczepionych w Krakowie w roku 1889 na 1427, a nie 2790 osób, wsku-

[18]) Kod. nr. 3151. Bibl. Jag. List Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego z Wilna d. 3 Aprilis 1804.

tek czego Sprawozdanie czyni naszemu miastu zarzut, że tylko 41·8% dzieci obowiązanych do szczepienia zostało zaszczepionych, zaś 58·2% pozostało nieszczepionych, wobec czego „zawleczona ospa może się chyba całkiem dobrze w Krakowie rozwijać i rozszerzać“. Staraliśmy się już na innem miejscu sprawę tę wyjaśnić (patrz „Przegl. lek.“ z roku 1903, Nr. 18, str. 272). Ale jedynie fizykat miejski może i powinien takim nieporozumieniom zapobiedz, a to najłatwiej przez dokładne roczne zestawienia liczbowe, przyczem nadmienić musimy, że zestawienia te obejmować winny naprzód: liczbę obowiązanych do szczepienia dzieci z roku sprawozdawczego i tych, które w roku poprzednim nie zostały zaszczepione; dalej dopiero ile i z jakim skutkiem było z owej ogólnej liczby (obowiązanych dzieci) zaszczepionych, ile zaś pozostało nieszczepionych; dalej ile osób rewakcynowano, wreszcie czy podjęto szczepienia z konieczności (t. j. w razie epidemii).

Działy: VIII. Drogi publiczne i kanały i X. Wodociąg, wprowadzone do Statystyki dopiero od roku, nie dają jeszcze podstaw do szerszego omówienia. Inne zaś działy nie dotyczą spraw higieniczno-lekarskich. Zamykamy przeto na razie nasz referat, odkładając podjęcie tej pracy do pojawienia się następnego Zeszytu Statystyki.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego dnia 3 czerwca 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. Następnie odczytuje pisma Izb lekarskich, nadeszłe w odpowiedzi na zapytanie, jakie stanowisko zajmują Izby wobec Instytutu zapomogowego przy związku Towarzystw lekarskich austryackich w Wiedniu, jak również pismo od zarządu tego Instytutu. Po dłuższej dyskusyi uchwalono przedstawić pełnej Izbie wniosek, by Izba swych członków do tego Instytutu zapomogowego zapisała i upoważniła prezesa do rozpoczęcia rokowań z zarządem w Wiedniu, co do zapewnienia odpowiedniego udziału w funduszach i majątku Instytutu i na przypadek rozwiązania lub wystąpienia. Rozdawnictwem zapomóg, przypadających na okręg Izby zachodnio-galicyjskiej, miałaby zarządzać Izba.

3. Uchwalono przesłać wiecowi medyków w Wiedniu pismo z życzeniami powodzenia.

4. Uchwalono, by na przyszłość tylko te podania o uwolnienie od wkładek poddać pod rozpatrywanie, które wpłyną najpóźniej do 1-go marca każdego roku. Koledzy, którzy wśród roku zapisują się do Izby, winni wnieść ewentualne podania równocześnie.

5. Pani M. S., wdowie po lekarzu, przyznano zapomogę w kwocie 50 koron.

6. Załatwiono kilka podań o uwolnienie od wkładek.

Na tem posiedzenie zakończono.

Protokół z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej, odbytego dnia 13 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący: Dr. Walczyński. Obecni: Drowie Aronsohn, Ćwiklicer, Dietzius, Jabłoński, Kijas, Kwaśnicki, Opydo, Schoengut.

Usprawiedliwili swą nieobecność: Drowie Langie i Trzebicky.

1. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia, który przyjęto

2. Przewodniczący zdaje sprawę z działalności Wydziału i Rady honorowej.

3. Imieniem komisyi werytikacyjnej Dr. Dietzius poleca uznać za ważne ostatnie wybory do Izby; przyjęto.

4. W sprawie przystąpienia do Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot w Wiedniu po wyczerpującem przedstawieniu referenta Dra Kwaśnickiego postanowiono w myśl wniosku Wydziału zapisać lekarzy, należących do Izby, jako członków nadzwyczajnych Instytutu, nie zwiększając dotychczasowej wkładki; przyczem upoważniono prezydyum do rozpoczęcia rokowań z zarządem Instytutu co do pewnych rękojmi na przypadek rozwiązania, lub wystąpienia. Rozdawnictwo funduszów zapomogowych powierzono Wydziałowi Izby. Na wniosek Dra Kijasa uchwalono jednogłośnie uwalniać członków, wnoszących prośby o uwolnienia, jedynie od 8 koron; 4 korony przeznaczone na zapomogi każdy lekarz będzie zobowiązany płacić.

Przewodnictwo obejmuje Dr. Kwaśnicki.

5. W myśl wywodów referenta Dra Walczyńskiego uchwalono rezolucyę tej treści, że Izba uważa pauszalowanie lekarzy przez Kasy majsterskie za niezgodne z interesami stanu lekarskiego, a jedynie za odpowiednie wynagradzanie lekarzy za poszczególne czynności, przy wolnym wyborze lekarza.

6. Dr. Walczyński referuje projekt zmiany ustawy o Izbach. Po gruntownych wywodach referenta Izba przyjmuje projekt wiedeński z pewnemi zmianami, proponowanemi przez Wydział. Zmiany te dotyczą przedewszystkiem przymusu głosowania i kwestyi majątków Izb lekarskich.

7. Dr. Kijas porusza sprawę wynagradzania lekarzy za szczepienie ospy. Izba poleca Wydziałowi, by tą sprawą się zajął.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

Sekcya ginekologiczna X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozesłała do kolegów, trudniących się tą gałęzią medycyny, odezwę, o przytoczenie której w „Przegl. lekar.“ nas uprasza.

Szanowny Panie Kolego! Generalny komitet gospodarczy przyszłorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie polecił gronu podpisanych kolegów zajęcie się zorganizowaniem sekcyi położniczo-ginekologicznej. Wobec tego podpisani zapraszają Pana Kolegę do wzięcia udziału w pracach sekcyi i proszą o łaskawe nadesłanie tytułu wykładów lub demonstracyi.

Jako główne temata, które mają być referowane, przyjęto:

1. „O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy“,

2. „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych“.

Jeżeliby Pan Kolega raczył objąć referat o jednym z tych przedmiotów, prosimy o doniesienie o tem postanowieniu do końca lipca bieżącego roku.

Dr. Bocheński (sekretarz), *Doc. Dr. Bylicki* (zastępca przewodniczącego), *Dr. Festenburg*, *Dr. Hojnacki*, *Doc. Dr. Kośmiński*, *Prof. Dr. Mars* (przewodniczący), *Dr. Schellenberg* (sekretarz II.), *Dr. Skałkowski*, *Doc. Dr. Sołowij*.

N B. Listy prosimy adresować do Dra Bocheńskiego (ul. Pijarska, klinika położniczo-ginekologiczna).

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 16. lipca.

* Przy nader licznym udziale lekarzy przyjezdnych, wojskowych i miejscowych odbył się XIII Zjazd chirurgów polskich. Po oprowadzeniu po klinice i przedstawieniu najwięcej zajmujących przypadków przez prof. Kadera, przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich, prof. Rydygier, zagaił posiedzenie okolicznościowem przemówieniem, po którem przystąpił do zorganizowania przewodnictwa Zjazdu: prezesem pozostaje stały kierownik tych Zjazdów, prof. Rydygier; na zastępców wybrani zostali: prof. Kader, prof. Kryński, prof. Schramm, Dr. Pomorski i Dr. Muszkiet. W miejsce złożonego chorobą skarbnika Zjazdu, prof. Trzebickiego, wybrany został zastępczo Dr. Frommer; wreszcie na sekretarza powołano przez aklamacyę pełniącego dotychczas te obowiązki Doc. Bossowskiego. W sprawie wydawnictwa »Pamiętnika Zjazdu« zapadła uchwała, ażeby prelegenci złożyli na ręce sekretarza rękopisy swych odczytów możebnie najwcześniej; jeśliby jednak to nie nastąpiło przed Nowym Rokiem, sekretarz ma wolne ręce »Pamiętnik« wydać, a odczyty niedoręczone podać w krótkiem streszczeniu. Prócz demonstracyi i zwiedzania zakładów chirurgicznych, wygłoszono 58 odczytów, które wywołały pouczającą i ożywioną dyskusyę. Szczegółowe sprawozdanie podamy we właściwym czasie, zaznaczając narazie, że powodzenie Zjazdu pod każdym względem, w szczególności pod względem naukowym, było zupełne.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie, w myśl uchwały zapadłej na ostatniem posiedzeniu, przystąpi jeszcze w roku bieżącym do budowy własnego domu. Bezwątpienia jest to uchwała wielkiej doniosłości, a czyniąc zadość najistotniejszym potrzebom, zaznacza nadzwyczaj pomyślny krok w rozwoju Towarzystwa. Nie mamy na myśli tych trudności, jakie przy braku siedziby nieraz się nastręczały Towarzystwu, a które usunie zamierzona budowa. Wystawiając dom własny, Towarzystwo zdobędzie nie tylko salę odczytową, lecz dojdzie do posiadania uporządkowanej biblioteki i zorganizowanej czytelni. W ostatnich latach księgozbiór Towarzystwa zwiększył się tak szybko, że obecny przybytek gościnnie użyczony stał się za ciasny; nowy napływ książek wypadło złożyć w stosy, a oczywiście w tych warunkach wykluczone jest wszelkie korzystanie z biblioteki. Z drugiej strony rozrost peryodycznego piśmiennictwa lekarskiego jest już dziś tak bujny, że przy najobfitszych

środkach nie podobna lekarzowi posiadać go w domu; tu zaradzić może tylko należycie zaopatrzona czytelnia, posiadająca wszelkie warunki tego rodzaju instytucyi. Zbyteczną jest rzeczą rozpisywać się o ożywczym wpływie księgozbioru i czytelni na umysłowość środowiska; obok biblioteki i czytelni na skalę umysłowego rozbudzenia oddziała niemniej dodatnio zbiorowa wymiana myśli, podniosła dyskusya, porwanie jednostek biernych umysłowym prądem chwili. Budowa własnego domu nie jest zbytkiem ani samą wygodą: Towarzystwo uchwałą swoją spełnia obowiązek względem obecnych swych zadań i dziś więcej niż kiedy stanęło u celu ziszczenia § 1 swego statutu, który brzmi: »Towarzystwo lekar. krak. ma na celu utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem nauki lekarskiej...« i t. d. Dom własny oddziała niemniej korzystnie na stronę towarzyską, koleżeńskie pożycie i jednomyślność działania w sprawach społeczno-lekarskich: wytworzy on ognisko, które nie tylko ześrodkuje w sobie wszelką działalność lekarzy krakowskich, ale daje rękojmię powstania nowych zadań i stworzy erę w rozwoju naszego Towarzystwa.

* Nagrodę imienia Koczorowskiego nadało Towarzystwo lekar. warszawskie Dr. Ganzowi za pracę: »O rozpoznawaniu gruźlicy kiszek na podstawie badania bakteryologicznego«.

* Komitet organizacyjny I Zjazdu położników i ginekologów rosyjskich donosi nam, że Zjazd odbędzie się w Petersburgu 28—31 grudnia b. r. — Prezydyum Zjazdu (prof. Ott i Dr. Preobrażenski) w odezwie, skierowanej do lekarzy słowian, oświadcza, że zaprasza ich w celu »szczerszej asymilacyi narodów słowiańskich na arenie wiedzy« itd. Szczere zamiary prof. Otta w tym kierunku są znane z poprzednich jego usiłowań: dopóki jednak języki słowiańskie nie zostaną równo uprawnione na Zjazdach rosyjskich, zbiorowy nasz w nich udział jest wykluczony, zwłaszcza, że lekarze-słowianie dobrze zapamiętali, jak nieżyczliwie przyjął ogół lekarzy rosyjskich na ostatnim Zjeździe Pirogowskim wniosek prof. Otta, zmierzający właśnie do tego równouprawnienia języków.

* Członkowie zarządu Izby lekarskiej wiedeńskiej przesłali podanie do namiestnictwa, w którem upraszają o natychmiastowe rozpisanie nowych wyborów, gdyż zarząd Izby nabrał przekonania, że nie posiada zaufania członków i z tego powodu postanowił złożyć mandaty.

* Założyciel uniwersytetu w Chicago, miliarder Rockfeller, ponownie złożył trzydzieści pięć milionów franków na wzniesienie nowych budynków uniwersyteckich. Rockfeller ofiarował do tej pory na cele uniwersytetu w Chicago 100,000,000 koron.

* Odeskie Towarz. lekarskie uchwaliło na zgromadzeniu nadzwyczajnem zawiesić w sali posiedzeń portret zmarłego prof. Moczutkowskiego, b. prezesa tego Towarzystwa. Prócz tego ma odbyć się posiedzenie uroczyste, poświęcone streszczeniu naukowej działalności zmarłego profesora.

* Między 23 a 30 czerwca doniesiono władzy o 1 przypadku ospy w powiecie podgórskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 g.), czortkowskim (1 g.), dobromilskim (1 g.), drohobyckim (1 g.), horodeńskim (4 g.), jaworowskim (5 g.), kałuskim (2 g.), niskim (1 g.), peczeniżyńskim (4 g.), (1 g.), śniatyńskim (2 g.), stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (1 g), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXV (21—27—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 71, zmarło osób 54, mianowicie: z gruźlicy 17 (10 zam.), z zapalenia płuc 3, z płonicy 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 8 (1 zam.), z gorączki połogowej 2 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Stolper mian. profesorem nadzw. sądowej medycyny w Getyndze. Prof. Kraepelin objął katedrę psychiatryi w Monachium. Doc. farmakognozyi w Bernie Oesterle otrzymał tytuł profesorski. Prof. D'Antona mian. został profesorem zwycz. chirurg. kliniki w Neapolu. Dr. Chłopin mian. profesorem higieny w Odesie. Profesorem zwycz. anatomii patolog. w Sienie mian. został Dr. Barbacci

Nekrologia. Zmarli: Gustaw Żmigrodzki, lat 56. Dr. Karol Pełnik, starszy lekarz sztabowy, lat 75 zmarł w Krakowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Sterling: Syfilis nerek. Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci (c. d.). Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu błoniczego (dok.).

— *Medycyna* Nr. 27. Karczewsk: Przypadek torbiela jajnika u dziewczynki 10-letniej Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morvana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Z. 7. Kucharzewski: Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew. Noiszewski: Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27. Srdinko: Příspěvek k srovnaváci anatomii a embryologii nadledviny. Zabradnický: Zpráva o chirurgické činnosti v nemocnici německobrodské za prvé pětileti od r. 1898—1902. Jeništa: Flegmony krku.

— *Sbornik klinický* Č. 5. Maixner: Pathogenesa arythmii srdečnich. Thomayer: Orthostaticka tachycardie. Ryba: O migreně ofthalmoplegické.

— *La Presse médicale* Nr. 52. Vautrin i Hoche: Uwagi nad rakiem płaskim podśluzowym żołądka.

Nr. 53. Barié: Przyczyny bezskutecznego działania naparstnicy Romme: Śródżylne wstrzykiwania tlenu. Operacya Talmy przy przyrośnięciu osierdzia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Dönitz: Przypadek zarażenia się morem w Instytucie dla chorób zakaźnych Beckzech Obustronny półpasiec (w obszarze 10 do 12 odcinka grzbietowego). Reiner: Stosunek biodra szpotawego do wrodzonego defektu kości biodrowej. Arnheim: Trwanie przewodu Botalla.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Schauta: Etyologia wynicowania macicy. Halban: Powstawanie cech płciowych. Hitschmann i Volk: W sprawie kiły łożyska. Cristofoletti: Szybkie rozszerzenie szyi macicznej podług metody Bossiego. Bürger: Leczenie chorób ginekologicznych gorącem powietrzem. Waldstein i Fellner: Rozpoznawcze spożytkowanie leukocytozy w ginekologii.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Straub: Prosta metoda wykazania fosforu w olejach fosforowych dla celów klinicznych. Galli: O krążeniu anastomotycznem serca. Jordan: Leczenie mięsieniem świeżych złamań kości. Gross: Wrodzony brak obojczyka. Cramer: Bilans energii u noworodka. Leczenie operacyjne oderwania siatkówki. Volhard: O przewlekłym rozroście nieprawidłowym i o nerwicach odżywczych skóry w związku z przyczynkami kazuistycznymi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 28. Kolle: Czynne uodpornienie przeciw dżumie za pomocą osłabionych hodowli. Sachs: Dalszy przyczynek do amaurotycznego rodzinnego niedołęstwa umysłowego, szczególne schorzenie szarej istoty ośrodkowego układu nerwowego. Feldt: Rozpoznanie za życia złośliwych guzów jamy piersiowej. Nordmann: Śródbrzuszne skręcenie sieci. Silberschmidt: Wpływ ogrzewania na krzepnięcie mleka krowiego (dok.).

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Ueber ein ex tempore bereitetes Eisenwasser. Dr. Alfred Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.